

***Cessation tabagique et description des interventions
infirmières auprès d'un adulte fumeur atteint de
bronchopneumopathie chronique obstructive***

Travail de Bachelor

Par

Hatice Göltas

Promotion 2009-2012

Sous la direction de : Catherine Bassal

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 16 janvier 2012

Résumé

Les maladies pulmonaires aiguës nécessitant une hospitalisation sont l'occasion pour les infirmières d'intervenir et d'aider les fumeurs à cesser de fumer. Or, ces pathologies liées au tabagisme semblent susciter moins d'intérêt, étant donné que l'on pense qu'elles sont irréversibles et provoquées par le patient. La plus fréquente est la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), qui est un problème majeur de santé publique et qui progresse dans le monde entier. Dans la majorité des cas, cette maladie évitable est due au tabagisme. L'infirmière peut agir sur plusieurs niveaux, soit pour mettre en œuvre des programmes efficaces visant à promouvoir le sevrage tabagique, soit pour prévenir les complications d'une consommation tabagique. Cette revue de littérature a pour but d'identifier et de décrire les interventions non pharmacologiques appliquées par les infirmières pour promouvoir le sevrage tabagique auprès d'un adulte fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. Tout d'abord, seize études scientifiques ont été sélectionnées sur la banque de données PubMed et incluses à la revue. Ensuite, une grille d'analyse des recherches a été utilisée afin de catégoriser les résultats. Ainsi, sept catégories d'interventions infirmières non pharmacologiques dans le sevrage tabagique de patients atteints de BPCO ont été mises en évidence. Il s'agit de : l'intervention minimale, le counselling, les thérapies cognitivo-comportementales, la spirométrie, les interventions éducatives et de formation, le suivi et les méthodes alternatives. Les résultats de ce travail apportent certaines notions pertinentes qui peuvent être facilement intégrées au quotidien d'une prise en charge de ces fumeurs. L'intervention minimale, le counselling et le suivi semblent améliorer clairement la prise en charge du sevrage tabagique ainsi que la qualité de vie des patients atteints de BPCO suivant un sevrage tabagique. Les thérapies cognitivo-comportementales semblent également y contribuer. En revanche, les méthodes alternatives ne peuvent pas être recommandées comme aide au sevrage tabagique de ces patients. Néanmoins, il est important de poursuivre les recherches afin d'approfondir les connaissances sur les méthodes les plus efficaces pour la détection précoce, le traitement et les soins du fumeur atteint de BPCO. Ceci est d'autant plus important que les bienfaits se font ressentir par l'individu, par sa famille, par son entourage, mais également par le personnel soignant.

Mots-clés : Nursing, chronic obstructive pulmonary disease, smoking cessation, intervention, patient education, primary health care, prevention.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Catherine Bassal qui m'a suivie, orientée et soutenue tout au long du cheminement de cette revue. Elle a su approfondir ma réflexion en vue de la conception d'une problématique pertinente pour les soins infirmiers. Ses conseils, ses corrections et ses propositions ont été primordiales et ont permis de mener à terme ce travail.

Table des matières

<i>Résumé</i>	2
<i>Remerciements</i>	3
Introduction	7
1. État de la question	9
1.1.Dépendance tabagique.....	10
1.2.Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).....	11
1.3.BPCO et cessation tabagique.....	13
1.4.Promotion de la santé et prévention de la maladie	14
1.5.Thérapies cognitives et comportementales pour le sevrage tabagique.....	17
1.5.1.Entretien motivationnel	18
2. Objectifs/buts poursuivis et question de recherche	21
3. Méthode	22
3.1.Argumentation du devis.....	22
3.2.Étapes de réalisation	22
3.3.Flow Chart et stratégies de recherche.....	25
4. Résultats	26
4.1.Intervention minimale.....	28
4.2.Counselling.....	30
4.2.1.Counselling individuel intensif.....	31
4.2.2.Counselling de groupe.....	33
4.2.3.Counselling par téléphone.....	34
4.3.Thérapies cognitives et comportementales.....	35
4.4.Spirométrie	37
4.5.Intervention éducatives et de formation	37
4.6.Suivi.....	40
4.6.1.Lettre de suivi envoyé par le médecin	42
4.6.2.Effectuer un téléphone de suivi.....	42
4.6.3.Brochures et prospectus	44
4.7.Méthodes alternatives	44
4.7.1.Acupuncture et thérapie au laser	44
4.7.2.Hypnothérapie	44
4.7.3.Relaxation.....	44

5. Discussion	46
5.1.Intervention minimale.....	46
5.2.Counselling individuel intensif, de groupe et par téléphone	47
5.3.Thérapies cognitivo-comportementales.....	48
5.4.Spirométrie	50
5.5.Interventions éducatives et de formation.....	51
5.6.Suivi.....	52
5.7.Méthodes alternatives	53
5.8.Attitudes infirmières lors du sevrage tabagique des patients souffrants de BPCO	53
5.9.Attitudes des fumeurs BPCO lors du sevrage tabagique.....	56
5.10.Corrélations	57
5.11.Regard critique sur les études sélectionnées.....	58
5.12.Implications et recommandations pour la pratique infirmière.....	60
5.13.Limites de la revue	63
Conclusion.....	64
<i>Références bibliographiques</i>	<i>66</i>
<i>Annexes</i>	<i>72</i>
<i>Annexe I : Test de dépendance à la nicotine de Fagerström</i>	<i>73</i>
<i>Annexe II : Test Q-MAT - Évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac</i>	<i>74</i>
<i>Annexe III : Stratégies de recherche</i>	<i>75</i>
<i>Annexe IV : Grille d'analyse des recherches</i>	<i>78</i>
<i>Annexe V : Déclaration d'authenticité</i>	<i>95</i>

Liste des figures

Figure 1 : Stades de préparation à l'arrêt du tabac 20

Figure 2 : Principales difficultés, rapportées par les infirmières, dans le traitement du sevrage tabagique chez les patients atteints de maladies respiratoires 54

Liste des tableaux

Tableau 1 : Classification de la BPCO en stades de sévérité 12

Tableau 2 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction de la durée 30

Tableau 3 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction du temps total de contact entre le fumeur et la soignante 30

Tableau 4 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction du nombre de rencontres 31

Tableau 5 : Buts des interventions spécifiques en cessation tabagique 36

Tableau 6 : Connaissances rapportées par les patients sur la bronchopneumopathie chronique obstructive 38

Tableau 7 : Conseils sur les sujets et le contenu de conseil de sevrage tabagique pour les fumeurs atteints de BPCO 39

Tableau 8 : Synthèse des résultats 45

Introduction

Dans le monde, l'usage du tabac continue d'être la cause évitable la plus importante d'hospitalisations et de décès, en particulier liés aux pathologies respiratoires. Les maladies respiratoires aiguës nécessitant une hospitalisation sont l'occasion pour les soignantes¹ d'intervenir et d'aider les fumeurs à renoncer au tabac. La bronchopneumonie chronique obstructive (BPCO) est une cause majeure de morbidité et de mortalité liée au tabagisme. Beaucoup de personnes souffrent de cette maladie depuis des années et meurent prématurément de celle-ci ou de ses complications. Plus d'un milliard d'adultes dans le monde sont victimes du tabagisme mais peu de fumeurs bénéficient de l'aide au sevrage. Selon l'OMS (2009), seuls 17 pays, représentant 8,2 % de la population mondiale, disposent de services de santé prenant en charge le patient tabagique. Or en Suisse, les infirmières évaluent le statut tabagique des patients dans 31 % des cas en milieu hospitalier et seulement 1,3 % leur proposent de l'aide pour arrêter de fumer (Borrero, 2005). En Suisse, depuis l'adoption de la Loi sur le tabac, les patients ne peuvent plus fumer dans un centre hospitalier, ils doivent donc modifier leur habitude de consommation durant leur hospitalisation. La littérature montre que plusieurs fumeurs décident de cesser de fumer à la suite d'un problème de santé (Association suisse des infirmiers-ères, 2004). Ainsi, tous les fumeurs qui sont admis à l'hôpital devraient être informés des programmes d'abandon du tabac (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). Cela est particulièrement important s'ils sont admis en raison d'une condition liée au tabagisme comme une maladie pulmonaire chronique obstructive, puisque l'arrêt du tabac permettrait de réduire considérablement le risque d'admissions répétées et de décès prématurés.

Selon le conseil international des infirmières (2000), les infirmières sont les actrices principales pour améliorer les stratégies de prévention et de renoncement face au tabagisme, étant donné que leur place au cœur des soins et leurs nombreuses occasions d'être au contact de la population leur permettent de contribuer à la diminution de la prévalence du tabagisme. En effet, les infirmières ont les possibilités et les compétences pour évaluer le statut tabagique des patients, leur donner des conseils sur les effets néfastes de leur consommation sur la santé et les aider à cesser de fumer.

¹ Dans ce document, le genre féminin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Cette revue de littérature a pour but d'identifier et de déterminer les interventions non pharmacologiques appliquées par les infirmières pour promouvoir le sevrage tabagique auprès d'un adulte fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive.

Dans le cadre de ce travail de Bachelor, une revue de littérature systématique est choisie. Dans la première partie de cet écrit, l'état de la question, liée aux différents concepts et cadre de référence, sera explicité. Ensuite, les questionnements et les objectifs s'y rapportant seront posés. Une méthodologie sera établie afin de sélectionner, résumer et critiquer les articles retenus. Puis, les résultats des recherches seront décrits et catégorisés. Un chapitre sera consacré à la discussion où les résultats obtenus seront discutés et mis en lien avec la question de recherche. Dans ce même chapitre, la synthèse et la critique des études retenues seront formulées. Une conclusion suivra et exposera des perspectives et des besoins futurs en matière de recherches ainsi que les limites de ce travail. Discuté

Note de l'auteure

Le choix de ce sujet a été influencé par la maladie de mon père. Depuis l'âge de 17 ans, mon père fume plus d'un paquet par jour. De ce fait, il est diagnostiqué comme étant « un gros fumeur ». Il est asthmatique et atteint d'une BPCO de degré sévère. Malheureusement, malgré les nombreux conseils de la part de son médecin traitant, il n'a toujours pas cessé sa consommation tabagique. Il a cependant réussi à la réduire. Cette situation est difficile à vivre au quotidien. En effet, la BPCO est une maladie incurable, souvent fortement invalidante et qui nécessite une prise en charge intensive habituellement assurée par les aidants naturels. Ce qui signifie qu'elle pèse non seulement sur les individus eux-mêmes, mais également sur leur entourage. Dans la situation de mon père, cet accompagnement est assuré par ma mère et moi-même.

L'idée de cette thématique est également apparue lors de l'expérience que j'ai acquise auprès de la personne fumeuse que ce soit en institution, en soins aigus ou en réadaptation. En effet, je me suis aperçue, après plusieurs périodes de formation pratique dans le cadre de mes stages, que le rôle de l'infirmière dans le sevrage tabagique était encore très petit. C'est pourquoi j'avais envie de savoir ce que l'infirmière pouvait apporter pour prévenir et éviter cela.

1. État de la question

Un des thèmes les plus actuels que rencontre la population au 21^{ème} siècle est sans doute le tabagisme, dont la prévalence constitue un sérieux problème de santé publique. Globalement un fumeur sur deux décèdera d'une pathologie liée à son addiction. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2009), on compte un milliard de fumeurs et 250 millions de fumeuses dans le monde. En Suisse, comme dans d'autres pays industrialisés, le tabagisme demeure la première cause de maladies et de décès prématurés évitables. Une étude de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estime qu'en Suisse, plus de 9'000 personnes meurent chaque année des suites du tabagisme. Ce qui signifie environ vingt fois plus de décès dû au tabac qu'aux accidents de la circulation routière (2009). Ceci représente environ 25 décès prématurés par jour.

Le tabagisme est donc une problématique présente et qui risque d'être prioritaire dans les années à venir tant dans notre société ainsi que dans le monde. Ce qui est également inquiétant, c'est que des études ont montré des conséquences à long terme. Effectivement, en se basant sur l'évolution actuelle de la consommation, l'OMS prévoit une mortalité de 10 millions de personnes en 2020. Un tel chiffre signifierait que le tabagisme est devenu le premier facteur de mortalité, avant toute autre maladie (paludisme et sida compris) et qu'il est à l'origine d'un décès sur six. À juste titre, l'OMS considère le tabac comme un cas particulier, puisque la cigarette est « le seul produit de consommation courante qui, utilisé dans le but pour lequel il a été produit, tue son consommateur » (OFSP, 2009). De ce fait, comment justifier, en tant que professionnel de la santé, que nous laissons se développer des conduites pathogènes et des maladies futures ?

La consommation de cigarettes et d'autres produits du tabac mettent la santé en danger. La maladie et le décès ne surviennent pas directement après la consommation de tabac, le lien de cause à effet est donc parfois nié. Les dégâts causés par le tabac peuvent être quantifiés, par exemple en calculant le nombre de décès dû à sa consommation (Hornung, Keller, Krebs & Radtke, 2010).

La dangerosité du tabac demeure non seulement dans ses effets néfastes pour la santé mais également dans la dépendance physique, psychique et comportementale que sa consommation produit, ce qui rend le sevrage difficile.

1.1. Dépendance tabagique

Auparavant, la consommation de tabac était considérée comme une habitude de vie ; maintenant, la dépendance au tabagisme est définie comme une maladie chronique (Fiore, 2000). La dépendance au tabac comporte les mêmes caractéristiques que la dépendance aux autres substances. Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la dépendance à une substance est définie comme « [...] un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive » (DSM IV, 2003, p.222). La dépendance tabagique est un comportement complexe, avec des influences à la fois génétiques et environnementales. Dans la cigarette, la nicotine est la principale composante qui contribue à la dépendance, bien que des facteurs psychologiques et d'habitation jouent aussi un rôle (Campell & al., 2007). C'est donc la nicotine contenue dans le tabac qui crée la dépendance.

L'OMS (2001) décrit la nicotine comme étant « une substance chimique fortement psychoactive qui influe diversement sur le cerveau : elle a un effet de « renforcement » et elle active le système récompensant [...] ». De nombreux neurotransmetteurs (dopamine, noradrénaline, sérotonine, acétylcholine, vasopressine et béta-endorphine) sont libérés par la nicotine. Ceux-ci exercent différents effets, tels que la stimulation, l'apaisement, l'augmentation des perceptions et de la mémoire, l'apaisement des angoisses, du stress, de la douleur et la diminution de l'appétit, sur l'état psychique et physique de l'individu qui fume (Addiction info suisse, 2010).

Les critères pour déterminer la dépendance aux produits sont : 1) une utilisation compulsive, prise sur une longue période ; 2) un comportement de renforcement (autorégulé) ; 3) une tolérance au produit ; 4) un besoin persistant de consommer ; 5) une poursuite de la consommation malgré les connaissances et les effets indésirables ; 6) une priorité accordée à la consommation durant les activités, la recherche d'occasions de consommation, l'importance sociale liée à ces activités ; 7) des symptômes de manque après un arrêt de consommation ; 8) des rechutes fréquentes lors de cessation (DSM IV, 2003).

Après avoir défini la dépendance tabagique, il convient de décrire la conséquence du tabagisme sur les poumons.

L'impact du tabagisme sur le risque de maladies cardiaques est bien connu. Cependant, le tabagisme a également un effet direct sur les poumons et peut entraîner une morbidité et une mortalité importantes. Or, les pathologies respiratoires liées au tabagisme semblent susciter moins d'intérêt auprès du personnel médical, étant donné que l'on pense qu'elles sont irréversibles et provoquées par le patient (McIvor & Raghavan, 2009). Parmi les maladies respiratoires, la plus fréquente est la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

1.2. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La définition la plus récente de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), donnée par le *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* (2010), caractérise la BPCO comme étant une maladie chronique, obstruant progressivement les voies respiratoires, s'aggravant au fil du temps et qui devient irréversible. Il s'agit donc d'une maladie inflammatoire des poumons qui provoque un rétrécissement progressif des voies respiratoires et qui finit par détruire les alvéoles pulmonaires elles-mêmes.

Aujourd'hui, la BPCO est la quatrième cause de décès au monde. Contrairement à d'autres maladies chroniques, celle-ci continue de progresser et compte encore parmi les maladies incurables (McIvor & Raghavan, 2009). En termes de morbidité, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives constituent la complication respiratoire la plus fréquente due au tabagisme. La BPCO est une maladie dont la fréquence a fortement augmenté ces dernières années. En Suisse, environ 5 % de la population adulte souffre de BPCO, ce qui représente plus de 400'000 personnes (Lauber, 2010). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'en 2020, après les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, la BPCO sera la troisième cause de mortalité à l'échelle mondiale. Cette maladie est souvent fortement invalidante et nécessite alors une prise en charge intensive et habituellement assurée par les proches. Ce qui signifie qu'elle pèse non seulement sur les patients eux-mêmes, mais également sur leur entourage.

La BPCO, longtemps peu symptomatique, se distingue par trois symptômes majeurs. La toux avec expectorations qui est provoquée par l'inflammation chronique des grosses bronches. La fonction respiratoire est également perturbée par l'inflammation des bronches et des alvéoles pulmonaires, ce qui provoque la dyspnée d'effort. Ces symptômes s'aggravent généralement avec le temps (Société Suisse des pharmaciens, 2005). Les exacerbations, qui surviennent dans le décours naturel de la BPCO, entraînent une majoration des symptômes respiratoires

(dyspnée, toux, expectorations). Dans les formes évoluées de la maladie, ces exacerbations peuvent mettre en jeu le pronostic vital ; on parle alors de décompensation (Similowski, 2003).

Quatre stades évolutifs de la BPCO sont décrits par rapport au niveau de gravité qui est en fonction du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS).

Tableau 1 : Classification de la BPCO en stades de sévérité

Stades	VEMS/CVF*	VEMS après bronchodilatation	Symptômes**
0 : A risque	Normal	Normal	Toux chronique et expectoration
I : BPCO de degré léger	< 70 %	≥ 80 %	Toux chronique et expectoration
II : BPCO de degré moyen	< 70 %	≥ 50 % et < 80 %	Présence d'une dyspnée d'effort
III : BPCO de degré sévère	< 70 %	≥ 30 % et < 50 %	Présence d'une dyspnée au moindre effort, exacerbations fréquentes
IV : BPCO de degré très sévère	< 70 %	< 30 % ou < 50 % et PaO ₂ < 50 mmHg	Présence d'une insuffisance respiratoire et exacerbations fréquentes avec menace vitale

* Volume expiré en 1 sec/capacité vitale forcée

** Pour le stade GOLD 0, les symptômes doivent être présents, pour les stades I à IV, les symptômes sont facultatifs.

Comme le tabagisme en est, de loin, la cause principale, suivie de l'exposition professionnelle à certains polluants (gaz, fumées, vapeurs toxiques, etc.), on l'appelle aussi souvent le « poumon du fumeur ». La nicotine et le goudron présents dans la cigarette agressent de plus en plus les parois des bronches qui s'épaississent, causant le rétrécissement de leur calibre, empêchant ainsi l'air de passer dans les poumons. L'arrêt de l'exposition aux risques, notamment du tabac, permet, quel que soit le stade évolutif de la maladie, la stabilisation ou la récupération de la fonction respiratoire (*ibid.*).

Le diagnostic de la diminution des débits aériens est fondé sur la spirométrie. Cet examen permet également d'estimer la gravité de la BPCO. La spirométrie implique la « mesure du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et de la capacité vitale lente (CV) : il est fondé sur un rapport VEMS/CV inférieur à 70 % » (*ibid.*, p.410). Malheureusement, le diagnostic est porté dans moins d'un tiers des cas. La seule mesure susceptible de rétablir un rythme de réduction normal du VEMS est l'arrêt du tabagisme.

L'arrêt du tabac constitue le traitement le plus important chez les patients atteints de BPCO et le seul permettant de réduire la mortalité. (NIH, 2001a citée par Brunner & Suddarth, 2006).

La suite de ce travail de Bachelor s'intéresse donc plus précisément au sevrage tabagique des fumeurs atteints de broncho-pneumonie chronique obstructive.

1.3. BPCO et cessation tabagique

Arrêter de fumer est l'aspect le plus crucial pour les patients atteints de BPCO. Toutefois, il est difficile d'aider les patients fumeurs de BPCO à renoncer au tabac, puisqu'ils sont particulièrement dépendants à la nicotine, par rapport aux fumeurs qui n'ont pas cette pathologie (Tashkin & al., 2001). Il faut reconnaître que, pour les personnes atteintes de BPCO, la combinaison de plusieurs facteurs, tels que l'âge, la durée du tabagisme et le degré de dépendance, augmentera la difficulté à arrêter de fumer (Monninkhof & al., 2004). Cependant, il a été montré que les patients atteints de BPCO avec des symptômes respiratoires plus graves se prêtaient à des conseils et étaient peut-être plus motivés pour arrêter de fumer (Hilberink & al., 2006). Des interventions structurées sont donc nécessaires afin de contribuer à la diminution de la prévalence du tabagisme. Ainsi, promouvoir la cessation tabagique devrait être une priorité pour tous les pays et les professionnels de la santé.

Selon Bartsokas (2008), les bénéfices de l'arrêt du tabagisme pour un fumeur atteint de BPCO sont : une décroissance du VEMS analogue à celle du non-fumeur, une diminution du risque de survenue de BPCO en 15 ans d'arrêt, une diminution de la fréquence des exacerbations et hospitalisations, une diminution du risque de décès dans les formes sévères.

Divers degrés de symptômes de sevrage commencent à apparaître, environ quatre à douze heures après l'arrêt du tabac. À savoir, irritabilité, anxiété, nervosité, agitation, humeur dépressive, difficulté de concentration, augmentation de l'appétit, troubles du sommeil, etc. Les symptômes sont souvent présents dans la première semaine et peuvent diminuer progressivement. Le poids peut augmenter de deux à trois kilos pendant les trois premiers mois après le sevrage (Campell & al., 2007). La notion de « sevrage tabagique réussi » est employée pour un sevrage complet obtenu au terme de la période de suivi, c'est-à-dire six à douze mois après la date d'arrêt (Centre Fédéral d'Expertise des soins de Santé, 2008).

En raison des effets néfastes du tabagisme sur les poumons, l'infirmière s'entretient avec la personne atteinte de BPCO sur les stratégies qu'elle peut adopter pour arrêter de fumer. Même

si le fumeur croit qu'il est trop tard pour corriger les dommages causés par le tabac au fil du temps et qu'il est donc inutile de cesser de fumer, les soignantes doivent les informer que continuer de fumer entrave les mécanismes permettant de dégager les voies respiratoires. L'infirmière enseigne aux fumeurs les risques du tabagisme et les stratégies à adopter pour abandonner le tabac, leur donne des informations sur les programmes de lutte contre le tabagisme et les renseigne sur les programmes d'abandon du tabac existant dans leur communauté (Brunner & Suddarth, 2006).

Cependant, la prise de conscience concernant cette pathologie et sa prévention est encore trop faible dans la population et chez les fumeurs, mais également dans la pratique soignante quotidienne. Pourtant, la fréquence de la BPCO pourrait être diminuée par des mesures de prévention adéquates, dont la lutte contre le tabagisme en premier lieu (Lauper, 2010).

Selon le code international de déontologie du conseil international des infirmières (CII) (2000), le rôle professionnel comporte quatre axes : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. De ce fait, la promotion de la santé se trouve dans le référentiel de compétences. Une des compétences de l'infirmière consiste à : promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé au travers de divers moyens. Cette compétence inclut : des actions éducatives, une participation à des actions dans des projets de santé communautaire, des conseils à la clientèle dans des démarches de soin et dans l'utilisation de son système de santé. Pour ce faire, il est primordial de tenir compte des demandes et des besoins de la clientèle, de l'inclure dans la recherche de solutions et de respecter ses choix (HEdS-FR, 2008).

Après avoir développé les différents éléments sur le rôle de l'infirmière dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie, ces notions vont être clarifiées en tant que concepts dans le chapitre qui suit.

1.4. Promotion de la santé et prévention de la maladie

Les paragraphes précédents ont permis d'identifier que la prise en charge infirmière du sevrage tabagique des fumeurs atteints de BPCO peut se situer dans l'axe de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. En effet, il s'agit de sensibiliser et d'informer cette population sur ces pratiques afin de mieux prendre en charge les complications et d'empêcher une future hospitalisation.

Selon la charte d'Ottawa (1986), « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Le concept de la santé est défini par le fait qu'un individu ou un groupe peut atteindre ses buts et répondre à ses besoins ainsi que faire preuve d'adaptation et d'évolution avec son milieu.

La banque de données en santé publique (2009) définit la prévention comme étant

Des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé distingue plusieurs notions de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme : information de la population, de groupes cibles ou d'individus (éducation sanitaire ou éducation pour la santé), vaccinations. En lien avec notre problématique, la prévention primaire a pour objectif de réduire l'incidence de la BPCO en intensifiant la lutte contre le tabagisme. La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées. La prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes (www.urml-idf.org).

Dans la pratique soignante, il n'est pas toujours facile de différencier clairement la promotion de la santé et la prévention de la maladie puisqu'elles sont complémentaires. En Suisse, le rôle de l'infirmière quant au sevrage tabagique des individus atteints de BPCO peut se situer dans une optique de prévention de la maladie et de promotion de la santé. En abordant la thématique du sevrage tabagique en milieu hospitalier, les soignantes pourront autant enseigner les avantages du sevrage tabagique, que les méthodes de sevrage et dans un même temps promouvoir la santé en sensibilisant ces fumeurs par rapport à une éventuelle hospitalisation future.

Malheureusement, les infirmières se heurtent à un manque d'outils dans ce domaine. Comment peuvent-elles aborder le thème du tabagisme avec le patient ? Comme cité précédemment, dans une étude menée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en

1999, 31 % des infirmières identifiaient le statut tabagique du patient et seulement 1,3 % leur proposaient de l'aide pour arrêter de fumer (Borrero & Kupferschmid, 2005).

Ainsi, nous pouvons relever que la notion de « cesser de fumer/smoking cessation » n'est pas régulièrement discutée par les soignantes. Une des raisons est l'hypothèse que les patients ne veulent pas cesser de fumer. Pourtant, plusieurs études indiquent que de nombreuses personnes souhaitent arrêter de fumer ou réduire leur consommation de tabac. (Raw & al., 2002). L'OMS souligne que 75 à 80 % des fumeurs désirent arrêter de fumer, alors que seulement 3 % réussissent par leurs propres moyens. Moins de la moitié des sujets âgés de moins de 60 ans parvient à arrêter définitivement de fumer (Raw & al., 2002).

Les professionnelles de la santé, par leur rôle et leur image, peuvent fortement contribuer à promouvoir un mode de vie et une culture sans tabac. Dans le cadre de leurs activités professionnelles, elles peuvent aider les gens en les conseillant, en les guidant et en répondant à leurs questions sur le tabagisme et ses effets sur la santé.

Le Conseil international du personnel infirmier (2004) souligne que les infirmiers et infirmières sont au premier plan de la prévention de la maladie, ils doivent s'entraider et contribuer à la politique de santé publique. « Ils disposent d'un énorme potentiel pour effectuer avec succès des interventions en matière de sevrage tabagique et faire progresser les objectifs de réduction de l'usage du tabac » (OMS, 2010, p.30). Ensemble, ils voient des millions de personnes tous les jours, dans des circonstances, des établissements et des lieux les plus divers. Ils ont la possibilité et les compétences nécessaires pour évaluer la situation en matière de tabagisme, conseiller les gens sur les effets du tabac sur la santé et les aider à cesser de fumer.

Selon Kayser et Thibault (2006) (cité par Lepage, 2009), le rôle de toutes les infirmières du Québec en matière de tabagisme est de dépister l'usage du tabac, d'évaluer l'état de santé du client en rapport avec sa consommation, de conseiller de cesser de fumer, d'évaluer la réceptivité du client au changement, d'intervenir en fonction des stades de changement de comportement du client et d'évaluer les progrès du client au moment du suivi.

Les infirmières peuvent mettre en place une intervention minimale de cessation du tabagisme pour l'ensemble des patients, celle-ci en vue de déterminer le statut tabagique, de conseiller la cessation, de fournir l'aide appropriée et d'assurer un suivi. Ceci revient aux « 5As » rapportés dans la littérature (Campbell & al., 2007 ; Fiore, 2000 ; Gervais & al., 2001) : 1)

questionner (Ask), c'est-à-dire identifier les fumeurs et les personnes à risque de fumer ; 2) aviser (Advise), c'est-à-dire conseiller la cessation ; 3) évaluer (Assess), c'est-à-dire déterminer à quelle étape du modèle de Prochaska et DiClemente (1992) se trouve la personne ; 4) assister (Assist), c'est-à-dire fournir l'aide nécessaire selon l'étape du modèle de Prochaska et DiClemente (1992) où elle se trouve et 5) arranger (Arrange), c'est-à-dire assurer un suivi.

Dans la littérature, le traitement pharmacologique, qui repose sur les substituts nicotiniques, (par exemple le Bupropion) est bien connu. Au contraire, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont mal connues, alors qu'elles sont recommandées dans le cadre d'une prise en charge optimale. Diverses interventions thérapeutiques cognitives et comportementales ont été rapportées telles que le soutien social, le counselling, l'exercice physique, la désaccoutumance progressive ou la relaxation. Dernièrement, ces interventions se sont enrichies de l'approche cognitive, des techniques des entretiens motivationnels et des stratégies de prévention de la rechute (Aubin & al., 2002).

Le cadre théorique des thérapies cognitives et comportementales a été choisi. Ce cadre est un outil très souvent utilisé dans les soins infirmiers de manière générale, par exemple pour créer une relation de confiance, résoudre des problèmes, apprendre, enseigner des techniques thérapeutiques, travailler sur les ressources du patient, etc. Il va permettre de mettre en exergue les points significatifs des résultats et permettra une approche centrée sur la pratique infirmière.

1.5. Thérapies cognitives et comportementales pour le sevrage tabagique

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) apportent une aide précieuse à différents stades du sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO, c'est pourquoi, elles ont été choisies comme cadre de référence. Comme son nom l'indique, les thérapies cognitives et comportementales s'intéressent à la fois au processus de pensée de l'individu et à son comportement. Les TCC sont des thérapies brèves et ciblées. Elles interviennent à trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. Les thérapies permettent de modifier des conduites et des comportements qui sont à risque pour l'avenir (par exemple, la consommation de tabac est une cause majeure de développement d'un pulmonaire) (Bohadana, 2004). Selon la société suisse pour les troubles anxieux et de dépression, « la

thérapie comportementale repose sur l'hypothèse que tout comportement (même une « comportement inadéquat » ou « erroné ») a été appris et peut donc être modifié par de nouveaux processus d'apprentissage » (s.d.). Les TCC ont pour objectifs de modifier les comportements inadaptés du sujet. Elles déconditionnent l'individu en provoquant l'extinction du comportement malsain acquis et en le remplaçant par un comportement plus adapté (Bohadana, 2004). À ce jour, il existe plusieurs articles scientifiques ayant démontré l'efficacité des TCC dans le sevrage tabagique. Leur efficacité varie selon leur mode d'utilisation et leur taux de réussite est de 20 à 50 % à six mois ou un an. Ainsi, les TCC sont validées et recommandées comme traitement de première intention pour tout individu décidé à s'arrêter (Bohadana, 2004 ; Lagrue, 2003).

Les TCC sont utilisées à trois étapes du sevrage tabagique :

Tout d'abord, dans les entretiens motivationnels, afin de mobiliser les ressources du changement propre au fumeur. En effet, à ce stade, il n'existe aucun traitement pharmacologique. Elle est également utilisée comme thérapie la plus adéquate pour les personnes atteintes de BPCO. Ensuite, lorsque le fumeur va se préparer à l'arrêt, l'évaluation doit comporter la notion de la dépendance à la nicotine qui est démontrée par le score de Fagerström². L'évaluation doit également tenir compte d'un ensemble de facteurs psychologiques tels que les motivations³ à l'arrêt, les cognitions et les croyances liées au tabac, la confiance et la capacité du fumeur à contrôler son comportement, les facteurs déclenchant son comportement tabagique, la présence d'une maladie chronique comme la BPCO, les précédentes tentatives d'arrêt (vécu et causes de rechutes), enfin le suivi du fumeur sevré en prévention des rechutes (Bartsokas, 2008).

1.5.1. Entretien motivationnel

Par l'entretien motivationnel, l'infirmière va « accompagner le patient vers un processus de changement dans une atmosphère rassurante, soutenante et non-directive. Pour atteindre cet objectif, elle utilisera des outils renforçant la motivation du patient, son sentiment de compétences et l'importance qu'il met dans le changement qu'il souhaite faire » (Wüthrich, s.d.).

² Cf. annexe I : Test de dépendance à la nicotine de Fagerström.

³ Cf. annexe II : Test Q-MAT - Évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac.

Miller et Rollnick (2002) définissent l'entretien motivationnel comme étant « une approche directive, centrée sur la personne, qui aide à explorer et à résoudre l'ambivalence face à une habitude de vie dans le but de parvenir à un changement de comportement » (p.22). L'entretien motivationnel vise donc à faire ressortir leur détermination, propre et durable, des patients en les aidant à identifier et nommer leur décision. Concrètement, le thérapeute se doit d'avoir une attitude basée sur quatre principes qui sont : faire preuve d'empathie, développer la divergence, rouler avec la résistance, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle (Daeppen, 2004). Trois conditions sont nécessaires pour qu'une personne puisse changer son comportement. Tout d'abord, il faut que ce soit important pour elle de vouloir changer, ensuite, il faut qu'elle ait confiance dans sa capacité de pouvoir réaliser ce changement et pour finir, il faut que ce soit le bon moment (*ibid.*). L'entretien motivationnel consiste donc à favoriser une motivation au changement qui doit naître du client et ne doit pas être imposée de l'extérieur. Selon Miller et Rollnick (2006), l'entretien motivationnel peut être utilisé seul, mais aussi en combinaison ou en intégration avec d'autres approches thérapeutiques. Par exemple, comme prétraitement d'une thérapie cognitivo-comportementale, ou en cours d'une thérapie lorsque se pose une problématique liée à la motivation. Afin d'amorcer ce processus de changement, le client devra franchir plusieurs étapes à l'aide de son thérapeute pour essayer de sortir de son comportement à risque (Daeppen, 2004). Au début de leur réflexion, Miller et Rollnick (2002), ont emprunté certains concepts au modèle des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1992). Selon Prochaska et DiClemente (1992), les individus en prise avec une problématique de dépendance passeraient par plusieurs stades de changement qui sont la pré-contemplation, la contemplation, la détermination, l'action, la maintenance, la sortie ou la rechute. Ces différentes étapes sont reprises par Miller et Rollnick (2002). Afin de mieux comprendre ces divers stades, ils seront développés ci-dessous (Borrero & Kupferschmid, 2005).

- *La pré-contemplation* : à ce stade, la personne a un problème mais ne le sait pas encore. Elle ne se rend pas compte de sa dépendance. Si elle vient en thérapie, c'est adressée ou sous la pression d'un tiers et la prise en charge ne peut donc pas encore commencer. C'est l'étape du « fumeur heureux ».
- *La contemplation* : la personne reconnaît son problème, mais ne sait pas encore comment changer. Elle a moins de plaisir à consommer et se questionne sur sa consommation. Elle est ambivalente et envisage d'arrêter de fumer dans les six prochains mois.

- *La détermination* : c'est à ce stade que la personne fait son choix et prévoit d'arrêter de fumer dans le mois qui suit (très fort désir de changement, armée pour changer et engagement).
- *L'action* : la personne est confiante, motivée. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires car les difficultés sont importantes. La personne est en arrêt du tabac depuis moins de six mois.
- *La maintenance* : la personne a arrêté de fumer depuis plus de six mois. Elle maintient son abstinence et ressent de moins en moins le besoin de consommer. Dans cette phase de consolidation, il est judicieux de rester prudent car les tentations de retourner au comportement problématique sont nombreuses. La personne peut s'en sortir et aller jusqu'à la phase de sortie (guérison) ou rechuter.
- *La rechute* : est la règle et non l'exception. Elle fait partie du processus normal de changement. La rechute permet à la personne d'apprendre les facteurs déclenchant et ainsi d'amorcer un nouveau changement avec plus d'expérience. En thérapie, les stratégies de prévention de la rechute sont travaillées dès le premier stade.

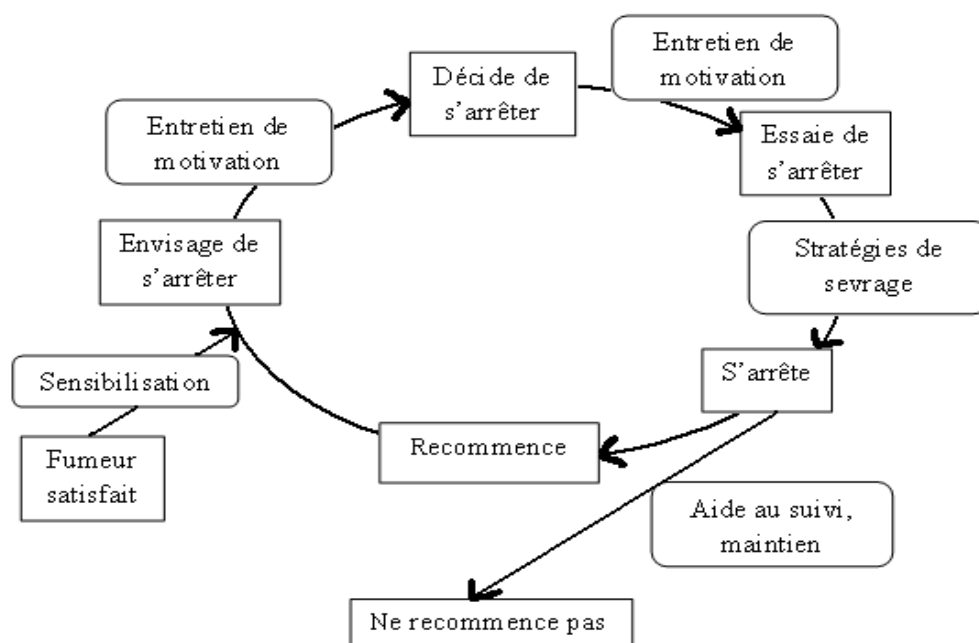


Figure 1 : Les stades de préparation à l'arrêt du tabac

Le passage à travers les étapes du changement est un processus qui nécessite beaucoup de décision et de motivation. Par moments, « les arguments pour ne plus fumer pèsent suffisamment pour le décider à arrêter ou à rester ex-fumeur, alors qu'à d'autres moments, un événement pénible le fait rechuter ou rend un arrêt de la consommation de tabac improbable, même à moyen terme » (Département de la santé et de l'action social – DSAS, 2008, p.8). Cependant, il a été montré que les patients atteints de BPCO avec des symptômes respiratoires plus graves se prêtaient à des conseils et étaient peut-être plus motivés pour arrêter de fumer (Hilberink & al., 2006). Le modèle de changement de Prochaska et DiClemente (1992), normalise la rechute comme faisant partie du processus. Par exemple, pour le tabac, il faut faire sept fois le tour des stades de préparation au changement, pour arriver à un changement durable (arrêt). Le modèle des étapes de changement considère que les fumeurs individuels présentent divers niveaux de réceptivité vis-à-vis de la cessation tabagique. L'emploi de ce modèle peut aider les infirmières, dans le cadre de leurs interventions de cessation du tabagisme, en leur faisant comprendre les différentes étapes de changement chez les fumeurs. Lorsqu'un fumeur passe à l'étape suivante ou s'approche de l'étape de la cessation, des progrès sont effectués (Grinspun, 2003).

Ainsi, pour que les interventions des professionnels de la santé travaillant le sevrage tabagique soient efficaces, il faut d'abord évaluer à quel stade se situe la personne pour ensuite mettre en place des interventions ciblées.

2. Objectifs/buts poursuivis et question de recherche

Cette revue de littérature a pour but d'identifier et de décrire les interventions non pharmacologiques appliquées par les infirmières pour promouvoir le sevrage tabagique auprès d'un adulte fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive.

La question de recherche qui a guidé cette revue de littérature systématique est la suivante : Quelles sont les interventions infirmières non pharmacologiques permettant la promotion du sevrage tabagique auprès d'un fumeur atteint de BPCO ?

3. Méthode

Le cadre de la recherche étant posé, le choix et l'argumentation du devis choisi à savoir, la revue de littérature systématique, vont être exposés. Les étapes méthodologiques seront détaillées. Ensuite, les termes MESH (Medical Subject Heading) et les bases de données consultées pour trouver les recherches pertinentes seront présentés.

3.1. Argumentation du devis

Pour ce travail, le choix du devis s'est porté sur une revue de littérature systématique. Cette dernière représente le point de départ de tout travail sur le terrain. Pour exploiter ce devis, il faut s'enquérir de certaines étapes méthodologiques décrites dans le manuel de Loiseleur (2007). Cette méthodologie permet de partir de résultats scientifiques probants dans le but de mettre au point ou de donner des pistes d'amélioration de la pratique. Le choix de ce devis pour ce travail de Bachelor est particulièrement motivant. En effet, il donne la possibilité de faire le point sur l'état des connaissances des interventions infirmières (thérapies non médicamenteuses) de renoncement au tabac chez un patient fumeur atteint d'une BPCO hospitalisé dans un service de soins. Il permet également de cerner les éventuelles lacunes, de relever les incohérences au niveau de la pratique infirmière dans le sevrage tabagique à travers des résultats de recherches probants et de proposer des pistes d'actions afin d'améliorer la pratique infirmière à partir de l'analyse des résultats de recherche existantes.

3.2. Étapes de réalisation

Afin d'être en mesure de répondre à la question de recherche, une récolte d'articles scientifiques a été effectuée au sein de banques de données suivantes : Medline (Pubmed), Sciencedirect, BDSP (Banque de Données en Santé Publique), Cinahl et Psycinfo. Des recherches ont également été effectuées dans la banque de données de l'Evidence Based Nursing. Finalement, le moteur de recherches électroniques Google et le site associatif de l'ASI (Association suisse des infirmières et infirmiers) ont été utilisés. Cette quête d'articles s'est déroulée entre avril 2010 et juin 2011.

Lors des recherches au sein des banques de données citées précédemment, des termes MESH ont été introduits afin d'améliorer l'efficacité des recherches. En effet, les MESH permettent de définir le terme exact du mot-clé. Divers mots-clés (MESH) pertinents ont été employés pour les recherches électroniques :

Mots-clés anglais

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Evidence-Based

Intervention

Nurse's role

Nursing

Patient education

Prevention

Primary health care

Pulmonary disease

Smoking and COPD

Smoking cessation

Tobacco use cessation

Nous avons choisi ces termes MESH, car ils étaient fréquemment cités lors de nos premières recherches servant à étayer notre bibliothèque de termes MESH.

Afin de cibler des études judicieuses et pertinentes à l'élaboration de cette revue de littérature, les articles recherchés ont été sélectionnés à partir de critères d'inclusion et d'exclusion. Ces critères vont nous servir à réaliser un choix des écrits le plus pertinent possible. Les études devront satisfaire les critères traités dans les deux sous-points suivants pour être retenues.

Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion suivants sont définis pour sélectionner les études les plus pertinentes pour la question de recherche :

- Articles scientifiques publiées sur les dix dernières années (2000-2011).
- Langue française, anglaise et turque.
- En lien avec les soins non pharmacologiques auprès de l'adulte fumeur atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Comportant des implications pour les professionnels de la santé.
- Comprenant un résumé, une introduction, une description détaillée de l'échantillon dans la méthodologie, une discussion des résultats obtenus ainsi qu'une conclusion.

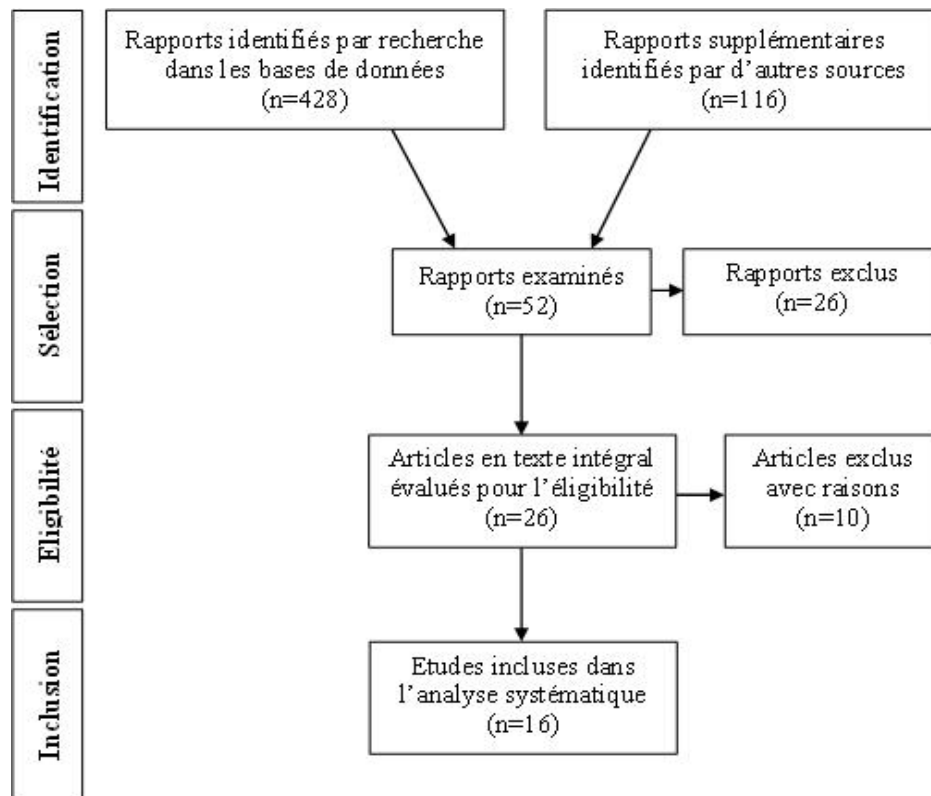
Les critères d'exclusion

Pour poursuivre la pertinence dans le choix des études, les critères d'exclusion suivants ont été définis :

- Articles scientifiques publiées avant 2000.
- Abordant des sujets purement pharmacologiques.
- N'ayant aucune relation avec le domaine de la médecine ou des soins infirmiers.
- Concernant uniquement les professionnels du domaine social, pédagogique ou juridique.
- Traitant du tabagisme chez les adolescents.

Au terme des recherches, seize études ont été retenues. Tout d'abord, chaque étude a été lue, résumée et analysée selon une grille de synthèse (cf. annexe IV). Cette grille reprend les principaux éléments méthodologiques d'un travail de recherche (titre, résumé, introduction, méthodes, résultats, discussion) et propose des questions afin d'approfondir l'analyse de la pertinence scientifique d'une recherche. Cette grille est issue des données théoriques de Loiselle (2007). En effet, selon Loiselle (2007), « le sommaire résume le but de l'étude, les questions de recherches, les méthodes utilisées, les résultats obtenus, leur interprétation et leurs conséquences pour la pratique infirmière » (p.83). Ainsi, cette grille d'analyse est utile pour retrouver les principales données de chaque étude puisqu'elle permet de classer les différentes parties de la recherche de manière claire et succincte.

3.3. Flow Chart et stratégies de recherche



Flow Chart de la stratégie de recherche

Inspiré de PRISMA 2009 Flow Diagram de Moher et al. (2009)

Différentes stratégies comprenant les termes Mesh cités précédemment ont permis de trouver les seize articles présentés dans cette revue de littérature afin d'identifier des données susceptibles de répondre à la question de recherche. Chacune d'entre elles abordait des aspects pertinents en lien avec notre thématique. Ces stratégies de recherches ayant permis l'identification des études utilisées pour la réalisation de cette revue sont présentées en annexe (cf. annexe III). Au total, 428 rapports ont pu être identifiés dans la banque de données de PubMed. Par l'application *Related citations* et par les références de certains articles, 166 autres rapports ont pu être ajoutés. Seuls 52 rapports ont été sélectionnés après la lecture des titres de l'ensemble. Ceux-ci ont été examinés à la lecture de leur résumé. De ce fait, 26 articles ont été retenus pour l'éligibilité. Une fois la lecture de ces articles terminée, dix ont été exclus pour des raisons de faiblesse scientifique. Ainsi, 16 recherches correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment ont pu être incluses dans la revue de littérature systématique.

4. Résultats

Afin de rédiger cette revue de littérature, 16 articles scientifiques ont été sélectionnés. Étant donné que la majorité des recherches est en langue anglaise (15), la traduction a mobilisé un temps considérable pour saisir les données le plus fidèlement possible. Celles-ci ont été traduites soit avec un dictionnaire français-anglais, soit avec un moteur de traduction. Ces différentes études ont été effectuées au sein de différents pays, tels que : le Danemark (5), la Suède (4), les Pays-Bas (3), le Royaume-Uni (2), le Québec (1) et l'Islande (1). Cette diversité est très riche et amène des variations culturelles. Plusieurs pays sont représentés, ce qui démontre bien la préoccupation universelle de cette problématique. La parution se situait entre 2001 et 2011, excepté une étude qui datait de 1996. Ce critère était important car il permettait d'avoir une vision actuelle de la thématique. Parmi les 16 recherches sélectionnées pour élaborer cette revue de littérature, 12 ont un devis quantitatif, une de type qualitative, une reprend ces deux devis et finalement deux sont des revues de littérature systématiques. Cette mixité apporte des bénéfices et des perspectives différentes.

Pour sept études, l'échantillon est plus grand que 200 participants, pour cinq, il est compris entre 50 et 100 et pour deux, il est en dessous de 50 participants. La moyenne d'âge des participants se situait entre 38 et 80 ans pour treize études. Une autre étude mentionne que les participants étaient âgés de 18 ans ou plus. Chacun des participants était fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive, symptomatique ou asymptomatique, à différents stades de la maladie. Certains participants présentaient des symptômes respiratoires, pour la majorité induits ou aggravés par un manque d'activité physique, une alimentation inadéquate ou une comorbidité psychiatrique ou autre. Les symptômes les plus relatés par les participants comprenaient les dyspnées d'effort, la toux, les expectorations, les exacerbations, la fatigue, les troubles du sommeil et les troubles de l'humeur.

La plupart des études ont obtenu une approbation d'un comité d'éthique (Anders & al., 2008 ; Axelsson & al., 2009 ; Bendixen & al., 1996 ; Bradbury & al. 2008 ; Bremann & al., 2006 ; Ehrenberg & al., 2008 ; Ehrenberg & al., 2011 ; Elborn & al., 2010 ; Geirsdottire & al., 2004 ; Hacken & al., 2005 ; Jakobsson & al., 2006). Pour d'autres, les participants ont été informés du descriptif de l'étude et ont signé un formulaire de consentement éclairé (Bottema & al., 2005 ; Kotz & al., 2008). Dans la recherche de Campell et al. (2007) ; Gervais et al. (2001) et de Monninkhof et al. (2004), les auteurs ne mentionnent pas l'approbation éthique. Les questionnaires ou les interviews respectaient l'anonymat des interrogés. Ces derniers

n'avaient pas l'obligation de participer. Selon Loisel (2007), l'approbation éthique est un critère important des recherches lors de l'analyse. Les études sélectionnées pour ce travail de Bachelor respectent donc les recommandations éthiques de la recherche.

Concernant les auteurs et leur champ d'expertise, six études ont été menées par des chercheurs en lien aux soins infirmiers (Bradbury & al., 2008 ; Elborn & al., 2010 ; Ehrenberg & al., 2008 et 2011 ; Geirsdottir & al., 2004 ; Kotz & al., 2008). Dans cinq études, les chercheurs travaillent dans le département de médecine pulmonaire (Bendixen & al., 2006 ; Bremann & al., 2006 ; Campell & al., 2004 ; Hacken & al., 2005 ; Monninkhof & al., 2004). Dans la recherche de Jakobsson & al. (2006), le premier auteur est un chercheur qui travaille dans un centre de soins de santé primaire et les autres chercheurs travaillent dans le département de la médecine pulmonaire. Pour l'étude d'Axelsson et al. (2009), tous les chercheurs travaillent dans la section des soins de santé primaire. Dans la recherche de Bottema et al. (2005), le premier auteur travaille pour le centre médical universitaire, le second pour le service de la promotion de la santé et le dernier pour le centre de recherches pour la qualité des soins. Pour terminer, dans l'étude d'Anders et al. (2008), le premier auteur travaille dans le département médical et les deux autres auteurs travaillent dans le centre de recherche pour la prévention et la santé.

Le contenu des études recensées évalue un moyen ou une intervention pour tenter le sevrage tabagique ou réduire la consommation tabagique entraînant une diminution des symptômes respiratoires chez les fumeurs atteints de BPCO. Une première étude analyse un programme d'interventions intensives et une seconde se préoccupe de l'expérience et du vécu des fumeurs atteints de BPCO voulant renoncer au tabac. Trois émettent l'idée que l'éducation et la formation pourraient être une forme de prévention pour la consommation tabagique des personnes atteintes de BPCO. Deux études font des comparaisons, l'une compare le bref conseil au counselling intensif et l'autre les thérapies cognitivo-comportementales à l'intervention minimale. Deux recherches traitent de la confrontation du patient aux résultats de sa spirométrie. Trois évaluent la combinaison de plusieurs interventions telles que la combinaison du counselling avec la spirométrie et le suivi. Une autre étude se préoccupe des attitudes, des croyances et des difficultés des infirmières dans la prise en charge du sevrage tabagique des patients atteints de BPCO. Seule une étude de cette revue de littérature systématique s'intéresse à l'hypnose et une étude s'intéresse à la relaxation. La dernière, quant à elle, tente d'évaluer un programme de style de vie pour un accompagnement et une intervention au sein de la population en question.

Plusieurs études avaient les mêmes auteurs mais les thématiques ont été développées différemment. Ainsi, un grand nombre de facteurs ont été déterminés à travers les 16 articles sélectionnés. Cela a permis la diversité des résultats et des aspects développés.

Tout d'abord, les résultats des études sélectionnées ont été rassemblés, puis la fonction « rechercher » de Microsoft Word (2010) a été utilisé en y introduisant les mots qui semblaient revenir le plus souvent, comme : conseil, soutien, suivi, counselling (...). Chaque mot mis en évidence dans les résultats a permis de repérer les études qui possédaient des thèmes communs. Ceci a permis de catégoriser les données. Selon Loisel (2007), « trouver un moyen de regrouper et de comparer des études constitue l'un des principes de base de la structure d'une analyse. Ainsi, vous pouvez confronter des études parvenant à des conclusions similaires à d'autres dont les résultats sont contradictoires ou peu concluants » (p.147).

Sept catégories ont été ainsi déterminées (l'intervention minimale, le counselling, les thérapies cognitives et comportementales, la spirométrie, les interventions éducatives/éducatives, le suivi et les méthodes alternatives). Ces catégories, présentées dans le tableau 8, permettent d'identifier les interventions infirmières non pharmacologiques les plus citées dans plusieurs thématiques.

4.1. Intervention minimale (bref conseil)

Huit études traitent de cette première intervention, à savoir : Bendixen et al. (1996) ; Bottema et al. (2005) ; Bradbury et al. (2008) ; Campell et al. (2007) ; Ehrenber et al. (2011) ; Elborn et al. (2010) ; Gervals et al. (2001) ; Jakobsson et al. (2006).

Selon Campell et al. (2007), le conseil minimal est une démarche rapide mais efficace d'entretien avec le patient, qui consiste à encourager ses tentatives d'arrêt ainsi qu'à le soutenir tout au long du sevrage. En pratique, les deux questions suivantes sont posées à chaque patient : « Est-ce que vous fumez ? » et « voulez-vous arrêter de fumer ? ». Cette approche revient aux « 5A » rapportés dans la littérature (Campell & al., 2007 ; Fiore, 2000 ; Gervals & al., 2001) : 1) questionner (Ask), c'est-à-dire identifier les fumeurs et les personnes à risque de fumer ; 2) aviser (Advise), c'est-à-dire conseiller la cessation ; 3) évaluer (Assess), c'est-à-dire déterminer à quelle étape du modèle de Prochaska se trouve la personne ; 4) assister (Assist), c'est-à-dire fournir l'aide nécessaire selon l'étape du modèle de Prochaska où elle se trouve et 5) arranger (Arrange), c'est-à-dire assurer un suivi. D'après Gervals et

Tremblas (2001), de brefs conseils devraient être répétés à chaque contact avec un patient fumeur. La durée de l'intervention minimale est habituellement de trois à cinq minutes et moins de dix minutes.

Selon la revue de Campell et al. (2007), le conseil bref donné par des médecins ou des infirmières peut être défini comme fournir l'information par habitude à des fumeurs pour les aider à arrêter de consommer du tabac et augmenter leur motivation à faire des tentatives d'arrêt. Les auteurs rapportent une différence absolue du taux de renoncement de 2,5 % chez les fumeurs atteints de BPCO qui ont reçu un conseil par un professionnel de la santé par rapport à ceux qui n'ont n'en pas reçu. Ainsi, après un bref conseil donné à 50 patients, il y aura un renonceur supplémentaire après 6 à 12 mois.

Pour Gervais et Tremblas (2001), il est important de retenir que la dépendance au tabac est une condition chronique qui requiert une intervention répétée. Les courtes interventions de cessation sont efficaces et le personnel soignant de différentes disciplines (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes, etc.) peut offrir de façon efficace des traitements de cessation. Pour les auteurs, ces interventions ne demandent pas beaucoup de temps et sont donc facilement applicables par les infirmières.

Dans l'étude de Bradbury et al. (2008), tous les patients atteints de BPCO modérées à sévères ont reçu le bref conseil pour arrêter de fumer (5 à 10 minutes). Cependant, à un an, aucun des patients dans n'importe lequel des trois groupes d'intervention n'a atteint la cessation complète. Tout de même, cinq patients (16 %) ont réalisé un arrêt par intermittence.

Une autre recherche a montré des résultats significatifs. Il s'agit de celle de Bendixen et al. (1996), qui ont évalué si un programme d'intervention minimale mené par des infirmières dans une clinique pulmonaire a un effet sur la désaccoutumance au tabac après un an. Dans le groupe de motivation, les infirmières ont motivé les sujets à arrêter de fumer au cours d'une intervention de cinq minutes en exposant les risques de continuer à fumer et en donnant des conseils sur la façon de cesser de fumer. Ainsi, dans le groupe de motivation, les sujets qui fumaient moins de dix cigarettes par jour ont eu un taux de réussite de 13,9 % et pour les sujets qui fumaient plus de dix cigarettes par jour, le taux de réussite a été de 5,2 %. Le succès a donc été plus élevé chez les fumeurs ayant un faible taux de consommation.

L'étude de Jakobsson, Mölsted, Stratelis et Zetterström (2006), avait pour but d'étudier si une combinaison de la spirométrie et du conseil bref sur le sevrage tabagique donné par

l'infirmière augmentait le taux de renoncement au tabac chez les fumeurs atteints de BPCO comparé aux « fumeurs sains ». Le conseil bref était composé de cinq à huit minutes de discussion sur les habitudes de fumer des patients. À trois ans, le taux de prévalence d'abstinence prolongée à six et douze mois était significativement plus élevé chez les patients atteints de BPCO comparé à ceux qui avaient une fonction pulmonaire normale.

4.2. Counselling

Onze études se penchent sur le counselling. Dans celles-ci, nous avons distingué trois types de counselling : individuel, collectif et téléphonique, qui varient en fonction de certains paramètres comme le temps nécessaire pour l'intervention, le temps total de contact entre le fumeur et la soignante, le nombre de rencontres et la façon de donner des conseils. Ces paramètres sont détaillés dans les tableaux qui suivent.

Tableau 2 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction de la durée.

Durée de l'intervention	Taux estimé de cessation (I.C.* 95 %)
Aucune intervention	10,9 %
Intervention minimale (≤ 3 minutes)	13,4 % (10,9 % - 16,1 %)
Intervention de faible intensité (>3 à ≤ 10 minutes)	16,0 % (12,8 % - 19,2 %)
Intervention d'intensité élevée (> 10 minutes)	22,1 % (19,4 % - 24,7 %)

Source : Gervais et Tremblay, 2001, p.23.

Tableau 3 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction du temps total de contact entre le fumeur et la soignante.

Temps total de contact en minutes	Taux estimé de cessation (I.C. 95 %)
Aucun contact	11,0 %
1 à 3 minutes	14,4 % (11,3 % - 17,5 %)
4 à 30 minutes	18,8 % (15,6 % - 22,0 %)
31 à 90 minutes	26,5 % (21,5 % - 31,4 %)
91 à 300 minutes	28,4 % (21,3 % - 35,5 %)
> 300 minutes	25,5 % (19,2 % - 31,7 %)

Source : Gervais et Tremblay, 2001, p.23.

Tableau 4 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction du nombre de rencontres.

Nombre de rencontre	Taux estimé de cessation (I.C. 95 %)
0 à 1 rencontre	12,4 %
2 à 3 rencontres	16,3 % (13,7 % - 19,0 %)
4 à 8 rencontres	20,9 % (18,1 % - 23,6 %)
> 8 rencontres	24,7 % (21,0 % - 28,4 %)

Source : Gervais et Tremblay, 2001, p.24.

4.2.1. Counselling individuel intensif

Pour Gervais et Tremblay (2001), le counselling individuel d'intensité élevée est une intervention de plus de dix minutes qui s'adresse à tout fumeur intéressé à cesser de fumer, fumeur en réflexion, en préparation ou en action. Cette intervention cible particulièrement : les fumeurs qui ont rechuté à plusieurs reprises après des interventions minimales ou de faible intensité ; les fumeurs qui possèdent des caractéristiques associées à de faibles taux de cessation comme une forte dépendance à la nicotine, une comorbidité psychiatrique, une pathologie provoquée par la consommation de tabac à long terme, un haut niveau de stress, une faible motivation, une faible estime de soi, un réseau social constitué de plusieurs fumeurs. De plus, le counselling d'intensité élevée peut être offert dans divers milieux tels que les hôpitaux, les cabinets et au domicile.

Campbell et al. (2007), définissent le counselling individuel comme une rencontre face-à-face entre le patient et un conseiller formé en sevrage tabagique. Ils indiquent que 25 patients ont besoin de recevoir le conseil individuel, afin qu'un individu renonce au tabac. Ces auteurs mentionnent également que la durée des séances est importante, puisque les traitements qui durent plus de huit sessions sont significativement plus efficaces que les interventions qui durent trois séances.

L'étude de Geirsdottir et al. (2004), avait pour but de décrire les processus et les résultats d'une intervention multi-composante de sevrage tabagique entamé pendant l'hospitalisation pour des patients atteints de maladie pulmonaire. Dans cette recherche, l'infirmière a réalisé une intervention individualisée, centrée sur le patient, en ayant une relation de confiance, en mettant l'accent sur leurs connaissances et en s'appuyant sur des expériences antérieures. L'intensité de l'intervention a été maximisée par de fréquents et nombreux contacts personnels avec chaque patient. Chacun a reçu des conseils personnels et du soutien, en

fonction de la durée de leur hospitalisation et de leurs besoins. Les résultats de cette recherche ont montré que 12 mois après la sortie de l'hôpital, 39 % des patients s'étaient totalement abstenus de fumer et que 52 % ne fumaient pas au moment d'être contactés. Les auteurs ont émis l'hypothèse que les patients ayant séjourné plus longtemps à l'hôpital, ont eu une plus grande volonté et ont donc été plus susceptibles de devenir abstinents. Dans cette étude, la durée moyenne de l'hospitalisation était de 22,2 jours.

Une autre recherche a relevé des résultats significatifs. Il s'agit de celle de Kotz, Van Duurling, Van Litsenburg, Van Schayck et Wesseling (2008), qui ont décrit les pratiques, les attitudes et les croyances des infirmières hollandaises spécialisées dans la BPCO. D'après ces auteurs, l'intensité du soutien au sevrage tabagique doit être considérable. Dans la recherche, le groupe d'infirmières, qui a travaillé avec les patients qui souhaitaient arrêter de fumer, a eu en moyenne six consultations avec la même personne pour le sevrage tabagique. Le temps moyen passé a été de 36 minutes pour la première consultation, 23 minutes pour la deuxième consultation et 18 minutes pour toute autre consultation de suivi. Les auteurs ont demandé aux infirmières quelle était leur auto-efficacité perçue des interventions pour le sevrage tabagique. 72 % des infirmières ont convenu que le counselling individuel aide les fumeurs à arrêter de fumer. De surcroît, elles recommandent fortement l'utilisation de celui-ci.

Dans la recherche de Monninkhof et al. (2004), une fois le patient motivé à cesser, l'infirmière a réalisé le counselling intensif. L'intervention a eu lieu au domicile de la personne afin d'augmenter la participation des membres de la famille dans le processus de sevrage tabagique. Les participants atteints de BPCO ont donc eu au total trois séances de 15 à 30 minutes de conseil à domicile. Durant la première séance, l'infirmière a organisé une date d'arrêt en accord avec le patient. Les résultats de la recherche indiquent qu'après les trois séances de counselling, le taux d'abstinence s'est situé entre 12,7 % et 13,3 %. Les auteurs mentionnent qu'il est judicieux d'intégrer la famille au sein de l'intervention afin d'avoir une augmentation du soutien social.

L'étude d'Axelsson et al. (2009), quant à elle, a démontré qu'un programme de counselling, spécialement conçu pour les patients atteints des BPCO, basé sur le sevrage tabagique, l'activité physique et l'alimentation permet d'avoir un pourcentage élevé de cessation, une qualité de vie meilleure et une diminution des symptômes respiratoires. En effet, à la fin du programme d'intervention après un an, 47 % des patients atteints de BPCO ont arrêté de fumer. Au cours de l'intervention, l'infirmière a passé environ 230 minutes par patient. Les

auteurs mentionnent qu'il est important d'agir sur plusieurs aspects tels que la nutrition et l'activité physique pour assurer un sevrage tabagique réussi.

4.2.2. Counselling de groupe

Selon Gervais et Tremblais (2001), le counselling de groupe est une approche généralement intensive, principalement recommandée aux fumeurs qui ont rechuté à de multiples reprises ou qui possèdent des caractéristiques associées à de faibles taux de cessation (comorbidité psychiatrique, forte dépendance à la nicotine, haut niveau de stress, faible motivation et faible estime de soi). Pour augmenter le pourcentage de cessation, le programme devrait contenir : des éléments visant à motiver le fumeur à cesser ; une approche de résolution de problèmes ; l'apprentissage de nouvelles habiletés ; des éléments visant à contrôler les stimuli associés au fait de fumer ; des éléments visant à prévenir la rechute ; l'offre d'une aide pharmacologique.

D'après Campell et al. (2007), la thérapie de groupe offre la possibilité d'apprendre des stratégies comportementales pour cesser de fumer et donne un soutien mutuel. Ce type de soutien permet à plus de personnes d'être traitées par un thérapeute et pourrait être plus rentable que le counselling individuel.

Dans l'étude de Geirsdottir, Jonsdottir, Jonsdottir, Sigrídur Sveinsdottir et Sigurdardottir (2004), les participants, ainsi que les membres de leur famille, ont été invités à assister aux réunions du groupe pendant et après l'hospitalisation. Ces interventions de groupe étaient menées par des infirmières et consacrées au sevrage tabagique, à l'alimentation, l'exercice physique, la gestion du stress et à la prévention des rechutes. Trois infirmières avaient mené en plus un groupe de soutien hebdomadaire pour ceux qui avaient déjà cessé de fumer, afin qu'ils puissent partager leurs expériences.

L'étude de Bradbury, Fitzsimons, Stuart Elborn et Wilson (2008), quant à elle, a démontré que les interventions intensives de soins (individuel ou en groupe) augmentent les taux d'arrêt à douze mois. En effet, dans cette recherche, le soutien de groupe a été fourni par des infirmières expérimentées dans les maladies respiratoires. Cette intervention combinée à d'autres a permis, tout de même, à 5 patients de réaliser un arrêt par intermittence. Malheureusement, la participation aux interventions des soins infirmiers a été faible. Seuls 24 % du groupe de soutien a assisté au moins à trois semaines de l'intervention s'écoulant sur cinq semaines.

La recherche d'Anders, Ibsen, Jörgens et Pisinger (2008) a eu pour but d'évaluer l'effet des groupes de renoncement au tabac chez les patients atteints de BPCO admis à l'hôpital. Dans cette étude, les infirmières ont offert aux patients du groupe intervention la possibilité de participation à un groupe de renoncement au tabac. Différents matériaux, spécialement développés et ajustés pour les patients atteints de BPCO, ont été utilisés. Afin de parvenir à un éventuel effet favorable, les conjoint(e)s des sujets ont participé au groupe. Le groupe de renoncement au tabac a consisté en des séances hebdomadaires de deux heures pendant une période de cinq semaines. Les deux premières sessions ont contenu des informations sur le sevrage tabagique et une date d'arrêt a été choisie. Après un an, 36 patients, soit 30 %, du groupe d'intervention, ont cessé de fumer. Les patients ont déclaré avoir une diminution des symptômes respiratoires et ont eu une meilleure survie (50,4 %) après les cinq ans de suivi. Aussi, les patients du groupe d'intervention ont eu un nombre moyen de réadmissions et d'hospitalisations plus petites que le groupe de contrôle.

4.2.3. Counselling par téléphone

Gervais et Tremblais (2001), décrivent le counselling téléphonique comme étant une intervention où l'intervenant appelle les fumeurs afin de : prévenir les rechutes suite à une intervention de sevrage tabagique ; renforcer le counselling avec ou sans thérapie de remplacement de la nicotine ; fournir une aide ou une assistance rapide afin de soutenir temporairement le fumeur qui cesse de fumer suite à un programme initié à l'hôpital.

Campbell et al. (2007), vont dans le même sens que la revue de Gervais et Tremblais (2001). En effet, le counselling téléphonique peut avoir la possibilité de compléter un entretien, c'est comme un complément d'intervention d'aide individuelle. Il peut également être programmé afin de maximiser le niveau de soutien autour d'une date d'arrêt prévue et programmée pour répondre aux besoins de la personne. Le counselling téléphonique peut être proactif ou réactif. Dans l'approche proactive, la soignante initie les appels pour fournir au fumeur un soutien pour entamer une tentative d'arrêt. Le conseil réactif est fourni via des lignes téléphoniques ou hotlines qui prennent les appels des fumeurs.

Dans la recherche de Hacken, Lesman-Leegte, Postma, Timens et Willemse (2005), l'efficacité d'un programme non-pharmacologique du sevrage tabagique chez des sujets atteints ou non de BPCO a été démontrée. Dans cette étude, une infirmière spécialisée dans l'asthme et la BPCO a fourni un soutien personnel entre les réunions de l'intervention. Ce

soutien consistait à proposer aux patients des appels téléphoniques individuels entre les réunions afin de maintenir leur motivation à cesser lors de situations difficiles et de prévenir les rechutes.

4.3. Thérapies cognitives et comportementales

Sept études sur les seize analysées dans cette revue de littérature systématique se sont penchées sur les thérapies cognitives et comportementales. La plupart des auteurs préconisent la nécessité d'introduire une thérapie cognitivo-comportementale telle que l'entretien motivationnel afin de soutenir et d'accompagner le patient dans son travail de sevrage (Ehrenberg, A., Fossum, Klang, Larsson & Österlund Efraimsson, 2011 ; Geirsdottir, Jonsdottir, Jonsdottir, Sigridur Sveinsdottir & Sigurdardottir, 2004 ; Gervais & Tremblais, 2001).

L'étude de Gervais et Tremblais (2001) révèle que les individus traversent une série d'étapes avant de réussir à modifier un comportement tel le comportement tabagique. Ces étapes sont la pré-réflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le suivi. Les fumeurs qui cessent de fumer rechutent fréquemment et ils peuvent retourner à chacune des étapes qui précèdent l'action. Les auteurs rajoutent qu'il est souvent nécessaire de passer à travers ce cycle à plusieurs reprises. La connaissance de ces étapes de changement peut être utile pour les professionnels de la santé qui désirent aider un fumeur à cesser de fumer.

Hacken, Lesman-Leegte, Postma, Timens et Willemse (2005) mettent en évidence un programme d'intervention de un an basé sur la thérapie cognitive et comportementale, dans lequel, les aspects tels que la motivation et l'auto-efficacité⁴ ont joué un rôle important. De plus, le programme s'est concentré sur la prévention des rechutes. Dans l'étude de Bradbury, Fitzsimons, Stuart Elborn et Wilson (2008), l'étape du changement a été utilisée pour catégoriser la motivation et pour aider les infirmières à organiser des interventions pour chaque patient. Ainsi, pour classifier les étapes du changement, deux questions ont été posées : la première sur le tabagisme des patients et la seconde sur leur date d'arrêt. Le tableau qui suit résume les interventions, selon les étapes de changement du modèle de

⁴ L'auto-efficacité a été définie ainsi : la conviction que l'on sera capable de changer de comportement, par exemple, d'arrêter de fumer (Campbell & al., 2007).

Prochaska et DiClemente, que les infirmières peuvent mettre en place dans le sevrage tabagique des patients atteints de BPCO.

Tableau 5 : Buts des interventions spécifiques en cessation tabagique

Étapes de changement	But de l'intervention spécifique
Préréflexion	Aider le fumeur à amorcer une réflexion sur sa consommation et la cessation tabagique.
Réflexion	Aider le fumeur à prendre la décision de cesser de fumer dans un avenir rapproché.
Préparation	Aider le fumeur à se préparer à cesser de fumer et à trouver des stratégies pour devenir non-fumeur.
Action et Maintien	Aider l'ex-fumeur à demeurer non-fumeur.

Source : Lepage (2009).

Dans la recherche de Geirsdottir et al. (2004), la volonté de cesser de fumer des patients a été évaluée à l'aide d'une échelle ordinaire, basée sur les cinq étapes du modèle du changement. La dépendance à la nicotine a été évaluée selon le test de Fagerström. L'intervention a été individualisée et centrée sur le patient. En référence au modèle du changement, l'accent a été mis sur les relations chaleureuses avec le patient, leurs connaissances et leurs expériences antérieures. Les résultats de l'étude dévoilent que les patients étaient au stade de la contemplation, ce qui indique que la majorité des patients avaient l'intention d'arrêter de fumer dans les six mois. Au début et à la fin de l'intervention, les données ont été comparées et ont montré une évolution significative dans le processus de changement. À la fin du programme, la plupart des patients avaient fait des plans d'action pour arrêter de fumer ou avaient déjà cessé de fumer.

Ehrenberg et al. (2011) relèvent l'utilité d'une échelle. En effet, les auteurs de cette recherche ont mesuré les bénéfices de l'entretien motivationnel grâce à l'échelle *Motivational Interviewing Treatment Integrity* (MITI). Cette échelle comporte un système de codage comportemental, axé sur la communication verbale et qui mesure la façon dont la soignante utilise l'entretien motivationnel. En effet, deux types de codages sont appliqués dans le MITI. Le premier codage met l'accent sur les scores globaux enregistrés dans cinq variables qui sont l'évocation, la collaboration, le soutien de l'autonomie et l'empathie. Le second codage met l'accent sur les codes de comportement enregistrés dans cinq catégories et quatre sous-catégories qui sont : donner l'information, les questions, les réflexions, les adhérents à l'entretien motivationnel et les non-adhérents. Les résultats démontrent que les infirmières ont

reçu un résultat de moyen à faible pour l'interaction qu'elles ont eue avec le patient atteint de BPCO concernant le sevrage tabagique. Pour ce qui est des codes de comportement, les infirmières ont donné plus naturellement des informations sur le sevrage tabagique durant la consultation. Les résultats de ces scores permettent de montrer la compétence des infirmières dans l'entretien motivationnel. Seulement une infirmière a réussi à atteindre le niveau de compétence attendu dans la section réflexion-question. Toutes les autres infirmières n'ont pas atteint le niveau débutant.

4.4. Spirométrie

Sur les seize recherches de cette revue de littérature systématique, seules quatre études émettent l'idée qu'une spirométrie effectuée par une infirmière pourraient être une forme de prévention afin d'inciter le patient à entamer un programme de sevrage tabagique et d'éviter les complications de sa pathologie en lien avec sa consommation.

Dans la recherche d'Axelsson et al. (2009) et dans celle de Ehrenberg et al. (2008), les infirmières ont réalisé les spirométries lors de la première consultation avec le patient. Ensuite, les résultats de la spirométrie ainsi que des brochures d'informations concernant les avantages du sevrage tabagique ont été envoyés aux participants (Jakobsson & al., 2006). Les infirmières qui ont participé à l'étude de Kotz, Van Duurling, Van Litsenburg, Van Schayck et Wesseling (2008) font l'hypothèse que la confrontation du patient avec son résultat de spirométrie est plus efficace qu'une éducation pour le sevrage tabagique sans confrontation.

4.5. Intervention éducatives et de formation

En sélectionnant nos études, nous en avons retenues qui traitaient de la nécessité éventuelle d'une formation supplémentaire ou spécifique pour le personnel soignant désireux d'accompagner un patient fumeur atteint de BPCO vers le sevrage tabagique. Nous avons privilégié celles qui étaient menées pour valider certaines formations, alors que d'autres mettaient simplement en évidence l'intérêt des soignantes pour se perfectionner.

Ainsi, sur les seize recherches de cette revue de littérature systématique, six émettent l'idée que l'éducation et la formation pourraient être une forme de prévention pour la consommation tabagique des personnes atteintes de BPCO. Cependant, ces six études ne proposent pas le même public cible pour les interventions éducatives. En effet, la recherche d'Ehrenberg, Hillervik et Österlund Efraimsson (2008), propose d'effectuer de l'enseignement sur la capacité des auto-soins et sur les moyens de soutenir la personne sur ses besoins et ses capacités à faire face à la maladie et au sevrage. Les enseignements sont basés sur le dialogue motivationnel, adapté à chaque patient en fonction de la gravité de la pathologie, l'âge, la capacité intellectuelle et le style de vie. Cette recherche considère que d'apprendre aux personnes fumeuses atteintes de BPCO les facteurs de risque sur la consommation de tabac ainsi que les moyens pour les prévenir sont les clés de la promotion du sevrage tabagique. Les résultats de l'étude montrent qu'au départ, il n'y avait aucune différence entre les deux groupes (témoin et intervention). Cependant, après l'intervention, il y avait une différence significative démontrée dans le tableau 6, puisque les patients ont rapportés une amélioration des connaissances sur la BPCO.

Tableau 6 : Connaissances rapportées par les patients (n=52) sur la bronchopneumopathie chronique obstructive.

<i>Connaissance de la BPCO</i>	<i>Groupe d'intervention</i>		<i>Groupe de contrôle</i>	
	<i>Avant (n = 26)</i>	<i>Après (n = 26)</i>	<i>Avant (n = 26)</i>	<i>Après (n = 26)</i>
Aucune connaissance	8	0	10	8
Connaissance limitée	14	7	13	13
Bonne connaissance	4	17	2	4
Très bonne connaissance	0	2	1	1
Total	26	26	26	26

Source : Ehrenberg et al., 2008, p.128.

Les auteurs ajoutent néanmoins que les infirmières jouent aussi un grand rôle dans la promotion et la prévention du tabagisme. En effet, elles peuvent offrir des programmes d'éducation dans les hôpitaux. Ces conseils sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Conseils sur les sujets et le contenu de conseil de sevrage tabagique pour les fumeurs atteints de BPCO.

Le sujet de l'éducation	Les points clés
<i>La maladie</i>	<p>Accroître les connaissances de la BPCO.</p> <p>Accentuer les avantages du sevrage tabagique.</p> <p>Réitérer qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer.</p> <p>Prendre la rechute comme une expérience positive.</p>
<i>Modifier les comportements</i>	<p>Apprendre des mécanismes d'adaptation pour faire face à l'ennui.</p> <p>Envisager de réduire les cigarettes par jour.</p>
<i>Optimiser des moments propices</i>	<p>Assurer que le professionnel de la santé a des compétences/connaissance.</p> <p>Inclure la famille et les amis.</p> <p>Avoir de la bonne documentation, ne pas répéter le même conseil.</p> <p>Cibler le fumeur suite à une exacerbation.</p>

Source : Elborn et al., 2010, p.825.

Geirsdottir, Jonsdottir, Jonsdottir, Sigridur Sveinsdottir et Sigurdardottir (2004), vont dans le même sens que la recherche d'Ehrenberg, Hillervik et Österlund Efraimsson (2008). Tous les patients du groupe d'intervention ont reçu un enseignement sur le mode de vie donné par deux infirmières. Celles-ci ont tenu des réunions de groupe toutes les deux semaines. L'enseignement s'est basé sur le tabagisme, l'alimentation, l'exercice physique, la consommation d'alcool, la gestion du stress et un fort accent sur la prévention des rechutes. Les auteurs ont considéré la rechute comme une expérience pédagogique (apprentissage). De surcroît, les patients du groupe d'intervention ont reçu un enseignement de la part des médecins basé sur le tabagisme, la nicotine et la thérapie de remplacement de la nicotine. Ce groupe d'enseignement a été ouvert aux fumeurs, aux non-fumeurs et également aux familles des participants.

Une des études retenue traite d'un programme de formation pour favoriser le regard des soignantes sur le sevrage tabagique (Kotz & al., 2008). Les auteurs ont demandé à un groupe d'infirmières travaillant dans un service pulmonaire, de participer à une formation qui s'intéressait aux connaissances autour du sevrage tabagique, aux attitudes et aux croyances face à ce concept. Cette étude a démontré que la formation améliorait certes les connaissances, mais modifiait également les croyances et les attitudes des infirmières face au sevrage du tabac, de manière globale. Le groupe a eu des comportements plus positifs au fil de la formation ce qui démontrait que c'était bien la formation qui était responsable de leur

évolution positive et non pas le contexte de travail. Les auteurs ont mis en évidence que les infirmières travaillant dans un service pulmonaire passaient généralement environ 50 % de leur temps au contact direct des patients et qu'elles consacraient 20 % de leur temps à l'éducation, l'enseignement.

Bendixen et al. (1996), quant à eux, proposent plutôt une formation des professionnels de la santé. Effectivement, leur étude a établi que le counselling sur les interventions de sevrage tabagique insuffisant est relié, entre autre, à un manque de connaissance des infirmières par rapport aux recommandations du sevrage tabagique. Les infirmières qui ont participé à l'étude ont suivi un cours de quatre leçons de deux heures chacune d'enseignement basé sur la cessation tabagique, les règles générales de désaccoutumance au tabac, la thérapie de remplacement de la nicotine, la mesure du monoxyde de carbone, l'échelle de Fagerström et l'approche motivationnelle. Cette étude propose de former le personnel soignant au sein même de l'hôpital.

Les recherches de Bremann, Mikkelsen et Tønnesen (2006) et de Bottema, De Vries, Grol, Hilberink et Jacobs (2005), rejoignent également l'étude de Bendixen et al. (1996), en proposant une formation des soignantes. En effet, ils proposent des formations de quatre heures sur la BPCO, le tabagisme et le sevrage tabagique. Dans l'étude de Bottema et al. (2005), du matériel de soutien a été livré pour l'infirmière. Il s'agissait notamment de : logiciel pour la détection de patients atteints de BPCO ; de renseignements sur la BPCO, le tabagisme et le sevrage tabagique ; d'un questionnaire évaluant le statut tabagique du patient ; d'un protocole de conseil pour le sevrage tabagique et de matériel éducatif pour les patients.

L'éducation et la formation des infirmières sont donc indispensables afin de garantir des interventions de promotion du sevrage et de prévention du tabagisme.

4.6. Suivi

Dix des seize études analysées dans cette revue se sont penchées sur le suivi du patient. La plupart des auteurs préconisent la nécessité d'un suivi de la part des soignantes, afin de soutenir l'individu dans son travail de sevrage (Anders, Ibsen, Jörgens & Pisinger, 2008 ; Bendixen & al., 1996 ; Bottema, De Vries, Grol, Hilberink & Jacobs 2005 ; Ehrenberg, Hillervik & Österlund Efraimsson, 2008 ; Geirsdottir, Jonsdottir, Jonsdottir, Sigridur Sveinsdottir & Sigurdardottir, 2004 ; Gervais & Tremblais, 2001). Ce suivi peut prendre

différentes formes : envoyer une lettre de suivi médical, faire un téléphone de suivi, donner ou envoyer des brochures, des prospectus.

D'après Gervais et Tremblay (2001), les soignantes qui rencontrent un ex-fumeur récent devraient le féliciter de son succès, renforcer sa décision d'avoir cessé de fumer, revoir les avantages liés à la cessation et l'aider à surmonter les éventuelles difficultés qu'il rencontre. Les auteurs rapportent que le suivi devrait se faire, si possible, au cours de la semaine qui suit la date de cessation et idéalement une seconde fois au cours du mois suivant l'abandon du tabac. Celui-ci peut être offert lors d'un contact téléphonique ou lors d'une visite de contrôle.

Pour Bottema, De Vries, Grol, Hilberink et Jacobs (2005), une fois le patient motivé à cesser de fumer au premier mois, une prochaine consultation est prévue pour définir une date d'arrêt. Ensuite, des visites de suivi chez le médecin généraliste (maximum deux visites) et des appels téléphoniques par l'infirmière (maximum trois appels) sont planifiés avec le fumeur atteint de BPCO. Après six mois de suivi, 44,9 % des patients du groupe d'intervention ont tenté de cesser de fumer. Cependant, seulement 16 % des patients du groupe ont réussi une cessation tabagique.

Anders, Ibsen, Jørgens et Pisinger (2008), quant à eux, ont évalué l'effet des groupes de renoncement au tabac chez les patients atteints de BPCO admis à l'hôpital, en leur proposant un suivi. En effet, après la date d'arrêt, trois séances de suivi avec de courts intervalles ont été mis en place. Après trois mois, une session de suivi a eu lieu. Après un an, ce suivi a permis à 36 patients, soit 30 % du groupe d'intervention à avoir une cessation tabagique. Grâce à ce suivi, l'admission et l'hospitalisation des patients atteints de BPCO ont diminué.

Dans la recherche de Bradbury, Fitzsimons, Stuart Elborn et Wilson (2008), des visites de suivi ont été organisées pour tous les patients à 2, 3, 6, 9 et 12 mois. Durant ces visites, l'usage du tabac a été validé biochimiquement. Une autre recherche a relevé des résultats significatifs. Il s'agit de celle de Monninkhof, Mulder, Pieterse, Van der Valk, Van der Palen, Van Herwaarden et Zielhuis (2004), qui ont évalué l'efficacité d'un contact individuel et minimal, dans un programme de sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO. Dans la recherche, au début et après neuf mois de suivi, les habitudes tabagiques ont été évaluées lors d'un entretien avec un pneumologue. En outre, un échantillon salivaire a été recueilli pour l'évaluation de la cotinine. Les auteurs ont décrit la cotinine comme étant le principal métabolite de la nicotine avec une période de vie dans l'organisme de 20 heures. De ce fait, il

faut environ quatre jours d'abstinence pour que le niveau de cotinine puisse diminuer et redevenir comme celui d'un non-fumeur.

4.6.1. Lettre de suivi envoyé par le médecin

Dans la recherche de Bendixen et al. (1996), après quatre à six semaines de suivi, les sujets du groupe de motivation ont reçu une lettre du médecin, les encourageant à cesser de fumer (en leur demandant s'ils avaient déjà cessé de fumer et si ce n'était pas le cas, en les encourageant à le faire).

Quant à l'étude de Jakobsson, Mölsted, Stratelis et Zetterström (2006), quelques semaines après avoir effectué la spirométrie, tous les patients ont reçu une lettre du médecin indiquant : le résultat du test de spirométrie, des informations sur les modifications et aussi un bref document d'information concernant les avantages du sevrage tabagique indépendamment du fait qu'ils étaient encore fumeur ou non.

4.6.2. Effectuer un téléphone de suivi

Un téléphone de suivi est une intervention précieuse. Bendixen et al. (1996) considèrent cette action comme très aidante. D'après Gervais et Tremblais (2001), la ligne téléphonique est mise à la disposition des fumeurs qui ont l'intention de cesser de fumer ou qui ont cessé récemment.

Cette intervention peut avoir différents bénéfices (Gervais & Tremblais, 2001) :

- Obtenir par téléphone de l'information au sujet des services d'aide à la cessation.
- Être écouté et soutenu dans une démarche de cessation.
- Cerner le besoin exprimé par l'appelant
- Faire du counselling individuel de façon succincte.
- Référer le client vers les ressources appropriées.
- Offrir des messages préenregistrés 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Dans la recherche de Geirsdottir, Jonsdottir, Jonsdottir, Sigridur Sveinsdottir et Sigurdardottir (2004), les patients atteints de maladies pulmonaires ont reçu, après leur sortie d'hôpital, un suivi téléphonique à une semaine et à un, trois, six et douze mois. Le but principal de cette intervention était d'être ouvert à toutes les préoccupations concernant le renoncement au tabac, pour prévenir les rechutes, féliciter pour les succès, donner des conseils sur l'utilisation de la médication et faciliter davantage les tentatives d'arrêt en cas de rechute.

Bendixen et al. (1996) ont également ressorti de leur étude l'importance qu'a le suivi dans le sevrage tabagique des patients atteints de BPCO. Les soignantes participant à l'étude ont tous relevé que le suivi peut servir de soutien au sevrage. Ainsi, après un an de suivi, une infirmière a contacté, par téléphone, tous les sujets ayant participé à l'étude (jusqu'à trois appels). Durant l'entretien téléphonique, les habitudes de fumer des sujets ont été enregistrées ainsi que la motivation à cesser, l'intensité et la fréquence du stress, la fréquence de sollicitation et la satisfaction de la vie au cours de l'année précédente (année sans fumée). Grâce au suivi, le taux de réussite après un an a été de 8,7 % dans le groupe de motivation et de 3,6 % dans le groupe témoin. Cependant, les résultats démontrent que lors du suivi, la motivation à cesser de fumer a diminué dans les deux groupes.

Ehrenberg, Hillervik et Österlund Efraimsson (2008), vont dans le même sens que la recherche de Bendixen et al. (1996). Tous les patients ont été programmés pour deux visites médicales à la clinique avec un intervalle de trois à cinq mois entre la première et la deuxième visite. En outre, les patients du groupe d'intervention ont reçu deux visites d'une infirmière spécialisée dans les soins de la BPCO pour les soins auto-administrés au cours de ces trois à cinq mois. Durant les entretiens, l'infirmière a été disponible pour répondre aux questions des patients. Les patients du groupe intervention ont perçu une meilleure qualité de vie (réduction des symptômes de la toux, des expectorations, de la dyspnée). Ils ont également rapporté une augmentation des activités, telles que la gestion de l'hygiène et l'exercice physique, qui ont permis de réduire leur dyspnée. Ainsi, dans le groupe intervention, 37,5 % des patients qui étaient fumeurs ont cessé de fumer durant la phase d'intervention.

4.6.3. Brochures et prospectus

Sur les seize recherches de cette revue de littérature systématique, seules trois recherches émettent l'idée qu'une brochure ou un prospectus pourraient être une forme de prévention afin d'éviter une rechute et de maintenir le sevrage tabagique auprès de cette population. Bottema et al., (2005) mettent en évidence la mise à disposition d'un prospectus d'information.

Dans l'étude à Jakobsson, Mölsted, Stratelis et Zetterström, 2006, quelques semaines après leur consultation, tous les patients atteints de BPCO ont reçu une lettre du médecin, qui contenait une brochure d'information concernant les avantages du sevrage tabagique. La brochure amène des informations que le patient peut relire à la maison, quand il a une envie de consommer du tabac, une baisse de la motivation et permet de prévenir les rechutes. Bendixen et al. (1996) rejoignent également cette idée. Dans leur recherche, les infirmières mettent à disposition des brochures sur l'abandon du tabac.

4.7. Méthodes alternatives

4.7.1. Acupuncture et thérapie au laser

Campbell et al. (2007) ont montré que l'acupuncture et la thérapie au laser ne peuvent pas être recommandées comme aide au sevrage tabagique, car elles n'ont pas prouvé leur efficacité.

4.7.2. Hypnothérapie

Selon la revue Cochrane (cité par Campbell & al., 2007), l'hypnothérapie n'a pas été trouvée plus efficace que d'autres interventions comportementales. L'hypnothérapie est difficile à évaluer en l'absence d'une procédure pour contrôler les effets non spécifiques. De plus, selon les auteurs, il n'existe aucune preuve pour appuyer que l'hypnose a un effet comme une aide au sevrage tabagique.

4.7.3. Relaxation

Geirsdottir, Jonsdottir, Jonsdottir, Sigridur Sveinsdottir et Sigurdardottir (2004) ont proposé des séances de relaxation pour tous les patients ayant participé à l'étude. Les auteurs ont privilégié ces moments de détente pour permettre aux participants de se visualiser comme personne non fumeuse.

Tableau 8 : Synthèse des résultats

Interventions	Études qui en parlent
L'intervention minimale	<ul style="list-style-type: none"> • Bendixen & al., 1996. • Bottema & al., 2005. • Bradbury & al., 2008. • Campell & al., 2007. • Ehrenberg & al., 2011. • Elborn & al., 2010. • Gervals & al., 2001. • Jakobsson & al., 2006.
Le counselling	<ul style="list-style-type: none"> • Anders & al., 2008. • Axelsson & al., 2009. • Bradbury & al., 2008. • Campell & al., 2007. • Ehrenberg & al., 2008. • Ehrenberg & al., 2011. • Geirsdottir & al., 2004. • Gervals & al., 2001. • Hacken & al., 2005. • Kotz & al., 2008. • Monninkhof & al., 2004.
Les thérapies cognitives et comportementales	<ul style="list-style-type: none"> • Bottema & al., 2005. • Bradbury & al., 2008. • Ehrenberg & al., 2011. • Geirsdottir & al., 2004. • Gervals & al., 2001. • Hacken & al., 2005. • Kotz & al., 2008.
La spirométrie	<ul style="list-style-type: none"> • Axelsson & al., 2009. • Ehrenberg & al., 2008. • Jakobsson & al., 2006. • Kotz & al., 2008.
Les interventions éducatives et de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenberg & al., 2008. • Kotz & al., 2008. • Bottema & al., 2005. • Geirsdottir & al., 2004. • Bremann & al., 2006. • Bendixen & al., 1996.
Le suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Anders & al., 2008. • Bendixen & al., 1996. • Bottema & al., 2005. • Bradbury & al., 2008. • Bremann & al., 2006. • Ehrenberg & al., 2008. • Geirsdottir & al., 2004. • Gervals & al., 2001. • Jakobsson & al., 2006. • Monninkhof & al., 2004.
Les méthodes alternatives	<ul style="list-style-type: none"> • Campell & al., 2007. • Geirsdottir & al., 2004.

5. Discussion

La présente revue de littérature systématique avait pour but d'identifier et de décrire les interventions non pharmacologiques appliquées par les infirmières pour promouvoir le sevrage tabagique auprès d'un adulte fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. Les seize études sélectionnées ont permis de mettre en évidence sept groupes d'interventions utiles et pertinentes par rapport à la démarche de soins d'un point de vue infirmier, dans la prise en charge du sevrage tabagique des patients atteints de BPCO. Il s'agit de l'intervention minimale, du counselling, des thérapies cognitivo-comportementales, de la spirométrie, des interventions éducatives et de formation, du suivi et des méthodes alternatives.

5.1. Intervention minimale (bref conseil)

Les interventions de courte durée effectuées par un professionnel de la santé ont prouvé leur efficacité dans le sevrage tabagique (Bendixen & al., 1996). Effectivement, une intervention de trois minutes peut avoir une influence positive. Gervais et Tremblay (2001) rapportent que des interventions de trois minutes et moins apportent 2,5 % de cessation alors que des interventions de trois à dix minutes entraînent un taux de cessation de 5,1 %. De plus, le bref conseil donné par le médecin ne comporte pas de coûts supplémentaires, car les auteurs ont considéré que les coûts rattachés à ces interventions étaient déjà inclus dans le cadre de la visite médicale (Gervais & Tremblay, 2001).

Chez les fumeurs atteints de BPCO asymptomatique, la stratégie d'intervention minimale effectuée par une infirmière est considérée comme une intervention efficace et simple pour le sevrage tabagique (Monninkhof & al., 2004). Les résultats de l'étude de Bradbury et al. (2008) rejoignent cette idée et suggèrent que de brefs conseils peuvent être la stratégie la plus appropriée pour les fumeurs atteints d'une BPCO légère. Malgré cela, lorsqu'il s'agit de patients atteints de BPCO modérée à sévère, de brefs conseils ne peuvent pas être la seule méthode, plusieurs interventions intensives étant nécessaires.

Une comparaison des études de sevrage tabagique réalisée par la British Thoracic Society a montré qu'un bref conseil fonctionne bien chez les fumeurs ayant une BPCO. Cependant, augmenter le nombre de séances de conseil bref n'influence pas significativement l'efficacité.

Les conseils pour cesser de fumer, donnés par les infirmières, améliorent la cessation de 1 % par rapport aux groupes témoins (Campell & al., 2007).

Paradoxalement, la recherche de Ehrenberg, Fossum, Klang, Larsson et Österlund Efraimsson, 2011 a confirmé que l'information seule (bref conseil) ne suffit pas pour changer les comportements chez les fumeurs atteints de BPCO.

5.2. Counselling individuel intensif, de groupe et par téléphone

Campell et ses collègues (2007) dévoilent qu'il y a suffisamment de preuves pour appuyer le counselling individuel pour le sevrage tabagique. D'ailleurs, il existe une variation des taux d'efficacité du counselling en cessation tabagique chez les patients atteints de BPCO en fonction de certains paramètres comme la durée de l'intervention, le temps total de contact entre le fumeur et la soignante et le nombre de rencontres. Gervais et Tremblay (2001) observent une efficacité allant de 2,5 % à 22,1 % après cinq mois d'intervention. Les interventions de longue durée en groupe sont également très efficaces et font augmenter les taux de cessation tabagique. En effet, l'efficacité d'une intervention de counselling individuel d'intensité élevée serait de 11,2 % après au moins cinq mois (Gervais & Tremblay, 2001). Kotz, Van Duurling, Van Litsenburg, Van Schayck et Wessling (2008) suggèrent que le counselling intensif sur le sevrage tabagique de cette population peut être plus réalisable par les infirmières que les médecins qui manquent souvent de temps.

Les lignes directrices américaines sur la cessation tabagique recommandent le counselling téléphonique comme une mesure efficace. La revue des données de 26 études démontre des taux d'abstinence après un minimum de cinq mois de 13,1 %, soit 2,3 % de plus que les taux du groupe témoin. Elles indiquent également que les interventions de groupe augmentent les taux de cessation en comparaison à des interventions témoins. En effet, les programmes de groupe intervention obtiendraient des taux de cessation de 3,1 % supérieurs aux taux de cessation du groupe témoin (Gervais & Tremblay, 2001). Campell et al., (2007) suggèrent que le counselling téléphonique proactif est efficace comparé aux autres interventions minimales.

Pour Campell et ses collègues (2007), le counselling de groupe est efficace pour le sevrage tabagique des patients atteints de maladies respiratoires. Cependant, les auteurs ignorent si le counselling de groupe est plus ou moins efficace que le counselling individuel.

En résumé, les interventions de counselling d'intensité élevée augmentent les taux de cessation de façon plus importante que les interventions minimales ; tout comme pour la durée de l'intervention, il existe une forte relation dose/réponse entre le temps total de contact entre le fumeur et la soignante et les taux de succès ; il n'existe pas de preuves que plus de 90 minutes d'intervention augmentent de façon importante les taux d'abandon ; plus de quatre interventions individuelles augmentent de façon marquée les taux de cessation.

5.3. Thérapies cognitivo-comportementales

À ce jour, les thérapies cognitives et comportementales comprenant l'entretien motivationnel et le modèle des stades de changement sont largement reconnues par les experts, puisqu'elles ont donné la preuve scientifique de leur efficacité dans l'aide et l'accompagnement du sevrage tabagique.

Selon Jakobsson et al. (2006), la dépendance au tabac est une maladie chronique qui nécessite souvent une intervention répétée et arrêter de fumer constitue un processus dynamique. En effet, la plupart des fumeurs passent par plusieurs étapes avant qu'ils ne prennent la décision d'arrêter les tentatives et enfin réussir avec leurs intentions à cesser de fumer.

Geirsdottir et al. (2004) ont utilisé le modèle des stades du changement en partie comme le fondement théorique qui a permis la rencontre entre le patient et l'infirmière. Celui-ci souligne l'importance de l'interaction avec les personnes en fonction de leur motivation à cesser de fumer (Prochaska & al., 1992).

Dans la recherche de Geirsdottir et al. (2004), aucune relation n'a été trouvée entre la volonté de cesser et le nombre de tentatives d'abandon ou d'abstinence. Ceci est contradictoire avec le modèle du changement de Prochaska et DiClemente (1992), puisque selon les auteurs, il existe une relation entre la volonté de renoncer et le nombre de tentatives d'arrêt. Cependant, la motivation à renoncer au tabac peut considérablement varier entre les patients. Dans cette étude, la majorité des participants n'a pas été prête à arrêter de fumer, puisque leur volonté de cesser a reflété l'étape de la contemplation, indiquant qu'ils n'ont pas été prêts à cesser de fumer. Ces résultats sont quelque peu contradictoires. Ils peuvent suggérer que dans les tentatives antérieures de sevrage, les patients ont utilisé des moyens qui n'étaient pas utiles. C'est-à-dire que les processus qu'ils utilisaient ne correspondaient pas au stade de changement dans lequel les participants se trouvaient (Prochaska & al., 1992). Les résultats

peuvent également refléter combien il est difficile de ne pas pouvoir arrêter de fumer, surtout lorsqu'on a une maladie pulmonaire chronique, ou ce qui suggère que les patients pourraient s'être forcés d'arrêter de fumer, même quand ils n'étaient pas prêts à le faire et ont par conséquent rechuté.

Cependant, les stades du modèle de changement (Prochaska & DiClemente, 1988), peuvent avoir une application limitée en essayant d'évaluer l'intention des fumeurs à arrêter de fumer, car ils ne tiennent pas compte de l'expérience précédente du patient, qui peut avoir un impact sur le comportement futur. Bradbury et al. (2008) recommandent qu'une meilleure compréhension du comportement tabagique de cette population soit exigée avant que des interventions plus convenables puissent être développées.

La recherche d'Ehrenberg et al. (2011) a confirmé que l'entretien motivationnel est plus efficace que les informations générales et les conseils sur le sevrage tabagique. Les auteurs ont rapporté que les compétences en counselling des infirmières qui ont participé à l'étude ne correspondent pas aux techniques traditionnelles de counselling. Effectivement, les infirmières spécialisées dans les pathologies pulmonaires ont été décrites comme étant peu sûres d'elles dans leur rôle professionnel, ce qui fut le cas avec les infirmières de cette étude. L'empathie et l'entretien motivationnel sont des outils nécessaires pour travailler la motivation du patient, déterminer l'ambivalence et l'efficacité propre de celui-ci. Cependant, les infirmières ont été considérées comme non-empathiques et non-aidantes. Elles ont peu collaboré avec les patients et ont peu soutenu leur autonomie. Un rôle important pour les infirmières dans le sevrage tabagique est d'accroître la motivation des patients à arrêter de fumer et d'encourager le patient à avancer dans les étapes du modèle des stades du changement, du stade de pré-contemplation et contemplation, à travers le stade de préparation et action vers le comportement cible. Un élément ressortant de cette recherche est que l'infirmière s'est plus concentrée à fournir des informations qu'à soutenir la motivation pour le changement. Ainsi, elle devrait privilégier l'enseignement au coaching. Les résultats de cette étude indiquent que l'entretien motivationnel requiert une compétence complexe qui, pour être réussie, exige de la pratique, un feedback, le coaching sur le temps et que quelques jours de formation en entretien motivationnel se révèlent insuffisants. Les infirmières interrogées sur les éléments clés dans l'apprentissage de l'entretien motivationnel ont déclaré que la formation et la pratique ont été cruciales pour leur capacité à utiliser la méthode. Par ailleurs, l'effet de l'éducation à l'entretien motivationnel est le plus fort juste après la formation et diminue grandement après. Ainsi, pour aider les fumeurs à arrêter de fumer, les

infirmières nécessitent plus de connaissances et d'intérêt dans la manière de renforcer et d'améliorer les compétences de communication.

Les résultats de l'étude Geirsdottir et al. (2004) montrent l'importance de considérer le renoncement au tabac comme un processus de changement et une expérience d'apprentissage plutôt qu'un événement isolé. En d'autres termes, durant l'intervention, il est essentiel de motiver les personnes qui ne sont pas encore prêtes à cesser de fumer.

Un outil motivationnel pour les fumeurs atteints de BPCO peut être les résultats positifs des études dans lesquelles il y a eu un fort taux de sevrage tabagique des patients atteints de BPCO, comme l'étude de Bremann, Mikkelsen et Tønnesen (2006). Ceci pourrait convaincre les fumeurs les plus réticents à s'arrêter car ils devraient s'attendre à des améliorations visibles sur leur qualité de vie, en particulier sur les symptômes de la BPCO.

En conclusion, l'intervention d'une infirmière pour une approche motivationnelle semble prometteuse étant donné que le taux d'abandon après un an de suivi avait doublé (Bendixen & al., 1996).

5.4. Spirométrie

Ehrenberg et al. (2008) indiquent que l'utilisation de la spirométrie est un dispositif éducatif efficace pour cesser de fumer. La spirométrie a permis de montrer aux patients que leur capacité pulmonaire est diminuée, ce qui a probablement aidé à expliquer leurs inquiétudes concernant le manque de souffle. Pour confirmer ces résultats, les auteurs se sont référés à une étude de DeJong (2004), qui a prouvé que le dépistage avec la spirométrie et l'enseignement au patient, réalisé par l'infirmière, a aidé les patients à cesser de fumer ou à envisager sérieusement de s'arrêter. L'étude de Axelsson et al., (2009) rejoint cette idée, puisque dans leur recherche, le taux de renoncement au tabac a été plus élevé dans le groupe des fumeurs atteints de BPCO, ce qui suggère que le diagnostic, en lui-même, est un facteur motivationnel. C'est pourquoi, il est important d'effectuer une spirométrie chez les fumeurs afin d'établir le diagnostic d'une éventuelle BPCO, puisque cette pathologie peut être asymptomatique au début. De plus, la spirométrie permet un contrôle annuel pour la prévention des rechutes (Jakobsson & al., 2006).

5.5. Interventions éducatives et de formation

L'intervention éducative a des effets significatifs sur la qualité de vie des patients atteints de BPCO, la cessation tabagique et les connaissances sur leur maladie. Effectivement, les patients du groupe d'intervention de l'étude d'Ehrenberg et al. (2008) ont rapporté une réduction des symptômes de détresse respiratoire, une augmentation de l'activité physique et une amélioration de la santé psychosociale. Dans le groupe intervention, six des 16 fumeurs ont arrêté de fumer au cours de l'intervention. Ainsi, les patients ont déclaré avoir une amélioration des connaissances sur la BPCO après le programme d'intervention.

Dans la recherche de Bottema, De Vries, Grol, Hilberink et Jacobs 2005, la méthode choisie a été bien appréciée par les professionnels de la santé. Des approches de sensibilisation, une formation et la prestation de supports ont permis de contribuer efficacement à la mise en œuvre des interventions de sevrage tabagique pour les patients atteints de BPCO dans la pratique quotidienne.

L'étude de Jakobsson et al. (2006) contient plusieurs composantes d'intervention éducative et de formation qui pourraient influencer un fumeur atteint de BPCO à arrêter de fumer, comme la spirométrie réalisée par une infirmière, le bref conseil des infirmières, la lettre de suivi médical. Les informations concernant les effets du tabagisme ont été similaires pour chaque patient atteint de BPCO et pour chaque patient ayant une fonction pulmonaire normale. Cependant, le taux de sevrage tabagique plus élevé chez les fumeurs atteints de BPCO, a probablement été influencé par l'information, dans la lettre du médecin, sur les résultats de la spirométrie anormale en recevant le diagnostic. Ceci rejoint d'autres études (Humerfelts & al., 1988 ; Hepper & al., 1980), qui ont montré que les fumeurs sont plus susceptibles d'avoir une intention de cesser de fumer lorsqu'ils perçoivent que leurs symptômes sont associés à leurs habitudes de consommation ou qu'ils sont identifiés comme des fumeurs à haut risque et qu'ils ont en plus une spirométrie anormale.

Hacken, Lesman-Leegte, Postma, Timens et Willemse, (2005) précisent que l'information fournie sur l'intervention du sevrage tabagique, par exemple, l'intensité du contact entre les personnes, le temps total de séances de groupe, le type de counselling et les thérapies cognitives et comportementales, est un élément important pour le sevrage tabagique.

5.6. Suivi

La durée du suivi joue un rôle important sur le taux d'abstinence, puisque dans la recherche de Geirsdottir et al. (2004), les résultats ont montré qu'après 12 mois de suivi, plus de la moitié des patients (52 %) ne sont plus fumeurs, alors qu'à six mois, seulement 39 % des patients avaient réalisé une cessation. Paradoxalement, l'étude de Jakobsson & al. (2006) a montré qu'un nombre plus élevé de suivi n'a pas augmenté le taux de renoncement au tabac chez les fumeurs « sains ». Jakobsson, Mölsted, Stratelis et Zetterström (2006) rejoignent cette idée et montrent qu'un nombre plus élevé de suivis n'augmente pas le taux de renoncement au tabac chez le groupe de fumeurs atteint de BPCO asymptomatique.

Anders, Ibsen, Jörgens et Pisinger (2008) montrent que leur intervention de sevrage tabagique menée par les infirmières a permis de réduire significativement les symptômes respiratoires après un an de suivi. Après cinq ans de suivi, il y avait une tendance vers une meilleure survie dans le groupe d'intervention. En ce qui concerne les réadmissions, les résultats montrent qu'après trois, quatre ou cinq ans de suivi, le groupe d'intervention avait nettement moins de jours d'hospitalisation concernant leur BPCO.

L'étude d'Ehrenber et al. (2008) a mis en évidence que, plus la période de suivi après l'intervention est proche, plus les résultats de sevrage tabagique sont efficaces. Effectivement, Fiore et al. (2000) (cité par Bremann, Mikkelsen & Tønnesen, 2006) ont constaté une forte association entre : l'abstinence et la durée de chaque visite à la clinique, le nombre de séances et le temps de contact total. Hacken et al. (2005) formulent l'hypothèse que le nombre élevé de séances de groupe réalisées par une infirmière spécialisée dans le sevrage tabagique, des appels téléphoniques ou des contacts personnels facilement accessibles ont permis des taux élevés de sevrage. Les auteurs suggèrent donc que des contacts fréquents et intensifs dans un projet de recherche peuvent constituer un cadre idéal pour obtenir des taux d'abandon élevés dans cette population.

5.7. Méthodes alternatives

Trois méthodes alternatives ne peuvent pas être recommandées comme aide au sevrage tabagique des fumeurs atteints de BPCO. Il s'agit de l'acupuncture, de la relaxation et de l'hypnose. Ainsi, les résultats relevés dans les études permettent aux infirmières de renseigner les fumeurs sur le fait que ni l'hypnose, ni l'acupuncture, ni la relaxation n'ont prouvé leur efficacité.

À ce jour, les méthodes alternatives comme l'acupuncture, l'hypnothérapie ou la relaxation n'apparaissent pas comme des interventions sûres, efficaces et durables pour le sevrage tabagique ou la diminution des symptômes respiratoires chez les fumeurs atteints de BPCO. La relaxation ou l'utilisation de certaines plantes relaxantes peuvent soutenir certains fumeurs dans leur démarche (Gervais & Tremblay, 2001). L'infirmière n'a pas les clés en mains pour dispenser l'acupuncture ou l'hypnothérapie, mais elle pourrait collaborer avec un acupuncteur ou un hypnothérapeute reconnu afin d'offrir aux patients un plan de traitement alternatif et complémentaire.

5.8. Attitudes infirmières lors du sevrage tabagique des patients souffrants de BPCO

Les interventions de sevrage tabagique réalisées par des infirmières, peuvent être efficaces (Rice & al., 2004 ; Mikkelsen & al., 2000). En effet, les infirmières jouent un rôle important dans le sevrage tabagique, puisqu'elles sont en contact direct avec les patients, qu'elles participent et répondent à leurs besoins. Ceci les amène à fournir aux patients du soutien, des informations et des conseils (Geirsdottir & al., 2004). Ainsi, intégrer la cessation tabagique dans la pratique quotidienne de la gestion de la BPCO, peut être une manière de mettre en œuvre un nouveau traitement et un nouveau programme pour le sevrage tabagique.

La relation de confiance qui s'établit entre l'infirmière et le patient durant le processus du sevrage tabagique peut être un facteur additionnel qui contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Geirsdottir et al. (2004) suggèrent que différentes méthodes de recherche, notamment qualitatives, sont nécessaires pour éclairer le sens de ce processus. L'étude d'Ehrenberg, Hillervik et Österlund Efraimsson (2008) montre que lorsque les fumeurs atteints de BPCO sont soutenus par des programmes de soins auto-administrés structurés, il y a une amélioration de la capacité des patients à faire face à leur maladie et aux activités de la

vie quotidienne. L'intervention de cette étude a été réalisée par des infirmières, mais a tout de même nécessité une collaboration entre patient, infirmière et médecin. En cas de besoin, d'autres professionnels de la santé tels que diététicien et/ou physiothérapeute peuvent également contribuer à la prise en charge du patient. Le travail avec une équipe pluridisciplinaire et disponible pour les patients ayant des besoins spécifiques peut avoir un impact sur le sevrage tabagique des patients atteints de BPCO sévère ou très sévère.

Dans certaines études, comme celle de Bradbury, Fitzsimons, Stuart Elborn et Wilson (2008), les sujets fumeurs atteints de BPCO peuvent avoir une faible participation aux interventions et un faible taux de cessation tabagique. Ceux-ci ont probablement été dans une phase dépressive, où l'envie et la motivation ont manqué. Ainsi, l'évaluation et le traitement de la dépression est recommandé comme intervention indispensable de la BPCO.

Les infirmières doivent clarifier leur rôle dans le dépistage et le traitement de la dépression dans cette population. (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). Lors de la prise en charge du sevrage tabagique des patients atteints de BPCO, plusieurs difficultés fortement influentes ont été identifiées par l'infirmière. Celles-ci sont présentées dans la figure 2. Le manque de temps des professionnels de la santé et le manque d'intérêt du patient sont les difficultés les plus souvent citées par les soignantes (Kotz & al., 2008).

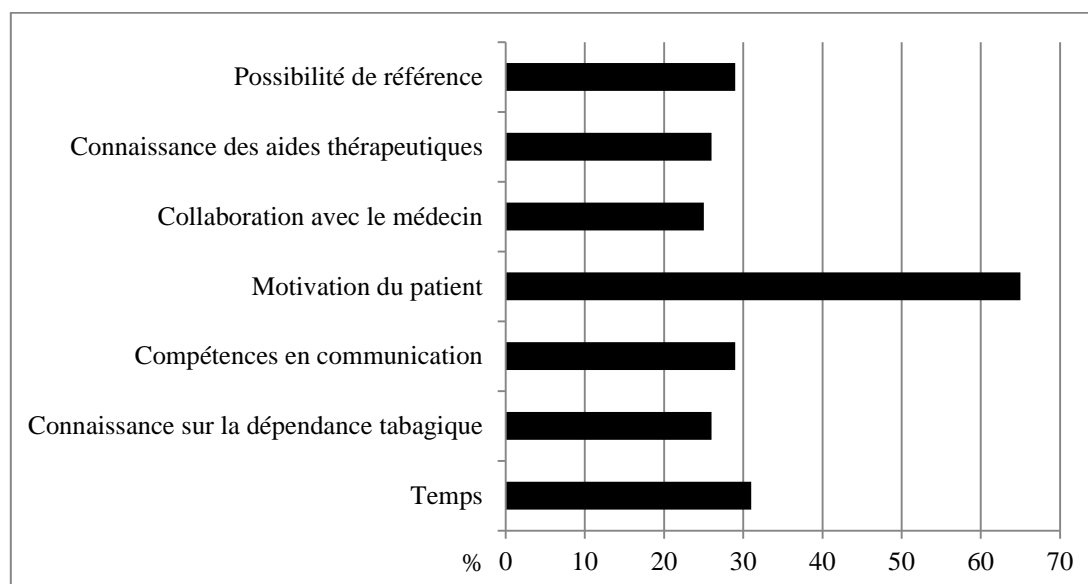


Figure 2 : Principales difficultés, rapportées par les infirmières, dans le traitement du sevrage tabagique chez les patients atteints de maladies respiratoires (Kotz & al., 2008, p.44).

Les habitudes personnelles de consommation tabagique peuvent être une difficulté pour l'arrêt du tabac. En effet, les résultats du questionnaire de l'étude de Kotz, Van Duurling, Van Litsenburg, Van Schayck et Wessling (2008) montrent que 5 % des infirmières fument. Ceci indique que consommer soi-même du tabac pourrait être une difficulté pour un petit groupe d'infirmières.

Les infirmières ayant participé à l'étude d'Elborn, Fitzsimons et Wilson, 2010, ont été critiquées pour leur manque de confiance lorsqu'elles fournissaient des conseils concernant le sevrage tabagique. Les professionnels de la santé doivent examiner leurs attentes pour l'arrêt du tabac dans cette population, puisque beaucoup d'entre eux pensent que les fumeurs âgés ou ceux qui ont une comorbidité chronique sont incapables de cesser de fumer.

Pourtant l'étude de Kotz, Van Duurling, Van Litsenburg, Van Schayck et Wessling (2008) montre que de nos jours, les infirmières offrent un traitement plus intensif pour le sevrage tabagique. De plus, une proportion plus grande d'infirmières utilise plus de variétés dans les techniques comportementales qui sont importantes et efficaces dans la cessation du tabac. Une grande partie des infirmières qui ont participé à l'étude ont été confiantes quant à l'efficacité de leur thérapie comportementale et dans les conseils qu'elles donnaient. Malgré cela, deux-tiers des participantes ont perçu le manque de motivation chez les patients comme étant la difficulté la plus importante dans le traitement pour le sevrage tabagique. La motivation à cesser de fumer est une condition importante pour la réussite du sevrage tabagique. Plusieurs facteurs tels le manque de motivation, la mauvaise perception de l'auto-efficacité et la frustration causée par de nombreuses rechutes peuvent décourager les fumeurs d'essayer à nouveau d'arrêter. Malheureusement, les auteurs citent que de nos jours, il n'existe pas de bonne mesure validée pour analyser le degré de motivation.

Les auteurs suggèrent que les infirmières devraient être encouragées à recommander plus souvent des aides pharmacologiques pour arrêter de fumer, puisque des recherches antérieures ont montré que la combinaison du conseil et de la pharmacothérapie est plus efficace que chacun utilisé seul (Elborn & al., 2010 ; Kotz & al., 2008).

Bien que l'abandon du tabac mené par l'infirmière semble atteindre un taux de succès similaire à celui mené par des médecins, tous les professionnels de la santé doivent collaborer dans ce domaine (Bendixen & al., 1996).

5.9. Attitudes des fumeurs BPCO lors du sevrage tabagique

Ce qui a particulièrement marqué lors de la réalisation de ce travail, ce sont les difficultés exprimées par les patients. La grande majorité d'entre eux souhaite arrêter de fumer mais se heurte à un sentiment d'inefficacité personnelle mêlé de honte et de culpabilité.

En effet, dans l'étude d'Elborn, Fitzsimons et Wilson, 2010, les participants ont probablement présenté une forme de déni concernant leur pathologie causée par leur consommation tabagique, puisqu'ils n'ont quasiment pas participé à l'intervention. Les auteurs indiquent que des symptômes respiratoires désagréables ne fournissent pas une raison suffisante pour arrêter de fumer. Cette population semble avoir décidé que les avantages personnels du tabagisme l'emportent sur les avantages de l'abandon, puisque de nombreux participants ont cru qu'il était trop tard pour s'arrêter de fumer. Malgré des preuves sur l'efficacité du sevrage tabagique sur la santé en général et particulièrement en cas de BPCO, il a été difficile pour les participants de changer leur comportement. Les fumeurs atteints de BPCO ont décrit la dépendance à la cigarette comme faisant partie d'une routine structurant la journée. Pourtant, des comportements alternatifs tels que, la gestion du stress, l'exercice physique et la relaxation ont été mis en place pour un éventuel abandon tabagique. À travers les résultats, les participants se sont souvent contredits au cours de leurs entretiens. Ceci indique une ambivalence concernant leur décision. Par exemple, les sujets ont oscillé entre le fait de vouloir cesser de fumer et ne pas vouloir, tout en croyant qu'ils pourraient arrêter de fumer avec succès mais en précisant qu'ils seront toujours fumeurs.

Bradbury, Fitzsimons, Stuart Elborn et Wilson, 2008 ont montré que cette population est capable de réaliser des changements positifs dans ses habitudes tabagiques. Cependant, les fumeurs qui ont des difficultés à arrêter de fumer devraient être aidés à contrôler leurs habitudes tabagiques par une réduction progressive. D'ailleurs, Jakobsson, Mölsted, Stratelis et Zetterström (2006) ont émis l'hypothèse que l'attribution d'une seule et même infirmière pour l'intervention et le suivi peut influencer le taux de renoncement au tabac. Ce qui permet d'avoir des taux de cessation tabagique plus élevé dans le groupe des fumeurs atteints de BPCO.

L'autoévaluation du comportement des fumeurs n'est pas toujours fiable, surtout les populations dans lesquelles le tabagisme constitue un risque accru (femmes enceintes, patients atteints de maladies cardio-vasculaires). En effet, les fumeurs atteints de BPCO symptomatique sentent plus de pression à arrêter de fumer et en même temps, ils sont

incapables d'atteindre ce but. Les patients atteints de BPCO se rendent compte que le sevrage tabagique est l'option la plus incontestable pour améliorer leur état de santé. Geirsdottir et ses collègues (2004) ont démontré une différence entre les sexes concernant l'abstinence. Les hommes ont réussi plus facilement à s'abstenir que les femmes. La validation biochimique est essentielle dans des programmes de sevrage tabagique. Celle-ci peut être appliquée par la procédure de *Bogus Pipeline* (dans laquelle les participants sont informés que leur tabagisme sera vérifié par une analyse biochimique). Cette procédure améliore l'exactitude des mesures auto-déclarées du tabagisme, surtout lorsque les sujets perçoivent une pression à cacher leur comportement tabagique (Bottema & al., 2005 ; Monninkhof & al., 2004).

Plusieurs raisons peuvent expliquer une faible participation aux interventions et un faible taux de cessation tabagique des fumeurs atteints de BPCO. L'intensité de l'aide au sevrage a une forte relation avec l'efficacité (Fiore et al., 2000). L'état psychique du patient peut également y contribuer. C'est pourquoi, le traitement de la dépression est recommandé comme intervention indispensable de la BPCO. Les critères d'inclusion de certaines études peuvent exclure certains patients dus à leur consommation excessive ou à leur motivation (Bendixen & al., 1996). Une autre raison peut être le moment de l'intervention. L'hospitalisation peut être un moment opportun pour intervenir auprès des fumeurs, car les patients peuvent être plus motivés à cesser par leur perception du risque liée à l'hospitalisation suite à leur BPCO (Geirsdottir & al., 2004). Paradoxalement, Anders, Ibsen, Jørgens et Pisinger (2008) émettent l'hypothèse que les patients hospitalisés, avec des symptômes d'exacerbation de la BPCO, sont un groupe de fumeurs ayant à leur actif plusieurs tentatives infructueuses de sevrage tabagique et par conséquent, sont plus résistants à la cessation tabagique.

5.10. Corrélations

Des corrélations évidentes existent entre les catégories. Par exemple, dans la catégorie « Counselling », il y a à la fois des éléments portant sur le counselling individuel mais également sur le counselling de groupe ; dans la catégorie « thérapie cognitive et comportementale », il y a à la fois des éléments portant sur l'entretien motivationnel mais également sur le counselling. Des catégories qui permettent de faire émerger les points essentiels ont été créées. Ceci tout en sachant que certains aspects ne peuvent pas être dissociés les uns des autres. Les corrélations existantes démontrent bien que le sevrage

tabagique est une intervention thérapeutique qui doit réunir plusieurs composantes pour devenir possible.

5.11. Regard critique sur les études sélectionnées

Les études les plus pertinentes, sélectionnées en fonction de critères d'inclusion et des critères d'exclusion, ont été trouvées dans le moteur de recherche Pubmed. Celui-ci donne accès à la banque de données Medline qui comporte un large éventail d'études scientifiques traitant des domaines de la médecine et des soins infirmiers.

Parmi les seize recherches sélectionnées, douze ont un devis quantitatif, une est de type qualitatif, une reprend ces deux devis et deux sont des revues de littérature systématiques. Cette majorité de devis quantitatifs a permis de présenter diverses interventions infirmières en lien avec le sevrage tabagique et la gestion des symptômes respiratoires des fumeurs atteints de BPCO. La majorité sont des essais contrôlés randomisés et permettent d'assurer une meilleure validité de leurs résultats par un groupe de contrôle. Ce type de devis a l'avantage de pouvoir comparer les prises en charge standard avec les nouvelles interventions et d'évaluer, pour certaines, leur efficacité sur le sevrage tabagique et sur la gestion des symptômes respiratoires chez le fumeur atteint de BPCO. Ces comparaisons ont donné l'occasion d'établir un lien direct avec la pratique infirmière. Trois sont des études de cohorte prospective. Seule une des études est descriptive, une est transversale, une est comparative, une est quasi-expérimentale et la dernière est longitudinale. Le design de la majorité des études n'est pas explicite, ce qui peut être un point faible.

Chaque étude a été analysée du point de vue méthodologique et toutes satisfaisaient aux critères de validité (Loiselle, 2007). En effet, les seize recherches comprenaient une partie introduction, le but était clairement expliqué, la méthodologie était clairement définie, l'échantillon était décrit de manière compréhensible, les résultats étaient adéquatement explicités et complétés par des tableaux. La discussion proposait un regard critique sur l'étude et amenait des données de la littérature. Enfin, la conclusion proposait le plus souvent des pistes soit pour la pratique soit pour des recherches ultérieures.

Diverses limites des recherches sélectionnées pour réaliser cette revue de littérature systématique peuvent être mises en évidence. Tout d'abord, une limite en termes de puissance statistique ressort des études d'Ehrenberg, Fossum, Klang, Larsson et Österlund Efraimsson

(2011) et d'Elborn, Fitzsimons et Wilson (2010). La taille minimale de leur échantillon ne permet pas de tirer de conclusions et nécessite une confirmation de leurs résultats par une étude de plus grande envergure. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il est difficile d'entrer en contact avec des patients atteints de BPCO ayant un problème de dépendance tabagique (Elborn & al., 2010). On peut également faire un lien avec la culpabilité de certains fumeurs évoqués dans la discussion. En effet, les fumeurs atteints de BPCO sentent plus de pression à arrêter puisque certains se sentent incapables d'atteindre ce but, alors que d'autres sont ambivalents ou présentent une forme de déni quant à leur consommation (Monninkhof & al., 2004). Une autre limite peut être mise en évidence dans l'étude de Bendixen et al. (1996) et de Bottema et al. (2005). En effet, celle-ci expose des résultats uniquement par des données auto rapportées par le patient et non validées par des mesures biochimiques. Une dernière limite qui ressort de l'étude d'Ehrenber et al. (2011), peut être la présence d'une caméra vidéo. En effet, la présence d'un enregistrement vidéo pourrait influencer le comportement des infirmières ou des patients, ce qui pourrait biaiser les résultats de l'étude.

Tous les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont permis de retenir des études pertinentes et répondant à la question de recherche ont été respectés, excepté un. En effet, trouver des recherches qui dataient de moins de dix ans n'a pas toujours été facile. Heureusement, seule une étude, celle de Bendixen et al. (2008) n'a pas respecté ce critère, mais a tout de même été incluse puisqu'elle apportait des interventions infirmière importantes pour la prise en charge du sevrage tabagique des patients atteints de maladies pulmonaires.

Le cadre de référence n'est pas clairement explicité dans chaque étude. Mais les problématiques, les concepts et les recherches faites par les auteurs se rejoignent et ont des similarités avec ce travail. Il est intéressant de noter que plusieurs auteurs soulignent le cadre de référence développé dans le chapitre 1, à savoir les thérapies cognitives et comportementales. Par exemple, dans la recherche de Hacken et al. (2005), l'intervention consiste en un programme basé sur la thérapie cognitivo-comportementale. Alors que Ehrenber et al., (2011) ont basé leur étude sur un enseignement infirmier de l'entretien motivationnel dans la communication du sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO. Geirsdottir et al. (2004), quant à eux, se sont plus intéressés au modèle des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1992).

Selon Loisel (2007), « la validité externe a trait à la possibilité de généraliser les résultats de la recherche et d'appliquer ses résultats à d'autres contextes ou échantillons » (p. 206). Sur les

seize études de cette revue de littérature, deux n'ont ni donné d'éléments pour généraliser l'étude, ni de limites, ni de pistes pour de futures recherches. Il s'agit des études d'Axelsson et al. (2009) et de Bremann et al. (2006). Les quatorze autres études ont clairement indiqué les limites de généralisation de l'étude. Hacken et ses collègues (2005) soulignent que d'autres recherches infirmières sont nécessaires pour valider les résultats et pour évaluer les effets des stratégies de promotion du sevrage tabagique des fumeurs atteints de BPCO. Ces auteurs s'expliquent par le fait que leur échantillon de petite taille limite la généralisation de leurs résultats.

5.12. Implications et recommandations pour la pratique infirmière

Les implications pour la pratique ont été détachées de la discussion des résultats, afin de les rendre plus visibles. Les éléments importants de cette revue de littérature en vue d'exprimer le rôle de l'infirmière dans les soins vont être mis en évidence. Bien que sous-jacentes dans la discussion, celles qui semblent les plus probantes vont être présentées. Ces recommandations ne sont pas exhaustives, car elles sont limitées aux 16 recherches traitant de ce sujet. Toutefois, les implications pour la pratique qui ont émergé de nos résultats devraient permettre aux infirmières de s'interroger sur leur pratique et les incitera peut-être à chercher davantage de réponses à leurs questions.

Cette revue de littérature peut être jugée comme utile et pertinente pour la pratique infirmière. Non seulement en raison du sujet de recherche qui est un problème de santé publique et réellement présent dans les services de soins, mais également parce qu'elle apporte des pistes d'actions concrètes et réalisables. Elle décrit les traitements non pharmacologiques du sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO et révèle le rôle de l'infirmière. Elle pourra permettre aux infirmières de se sentir moins démunies face aux aides qu'elles pourront prodiguer aux fumeurs atteints de BPCO. En effet, les sept interventions relevées prioritairement peuvent être facilement intégrées dans n'importe quel service hospitalier.

Il va sans dire que la motivation du fumeur atteint de BPCO dans la prise en charge du sevrage tabagique joue un rôle crucial. D'ailleurs l'arrêt total ou la diminution de la consommation dépendent uniquement de sa volonté. Le personnel soignant ne peut qu'accompagner, soutenir et encourager le patient dans cette démarche qui représente souvent un aspect précieux pour les fumeurs nécessitant un appui. L'infirmière se doit d'apporter un enseignement au sujet du sevrage tabagique, des symptômes respiratoires et des complications

que la consommation tabagique peut engendrer. Le conseil bref et le counselling sont réellement des interventions qui peuvent être intégrées dans le quotidien d'une infirmière. De plus, ces apports sont peu coûteux. Les méthodes alternatives telles que la relaxation et l'hypnothérapie restent des techniques à étudier et à réévaluer. En parallèle, les thérapies cognitives et comportementales, en particulier l'entretien motivationnel, sont bénéfiques pour les patients atteints de BPCO prêts à se sevrer. En effet, elles permettent d'aider et d'accompagner le patient tout au long du processus. De plus, l'intervention d'une infirmière pour une approche motivationnelle semble prometteuse étant donné que le taux d'abandon double après un an de suivi.

Les techniques présentées ci-dessus ne nécessitent pas de soutien financier important. Cela concerne essentiellement la modification de certaines habitudes de la part de tout le personnel soignant. Si chacun y contribue, la qualité de vie du patient atteint de BPCO sera favorisée et ses symptômes respiratoires seront diminués.

Ce travail de Bachelor a permis d'identifier et de décrire une variété d'interventions infirmières permettant le sevrage tabagique ou la réduction des symptômes respiratoires chez les patients atteints de BPCO. Toutefois, selon Kotz, Van Duurling, Van Litsenburg, Van Schayck et Wessling (2008) les infirmières ont mentionné que le manque de connaissances sur le counselling ou sur les médicaments d'aide à l'abandon du tabac, sont des facteurs qui limitent leurs interventions. Le défi pour les prochaines années sera de bien répondre aux besoins de formation exprimés par les infirmières, afin de rehausser leurs compétences et d'optimiser leurs pratiques de counselling. Toujours selon ces mêmes auteurs, les infirmières pourraient exercer un impact important en matière de lutte contre la consommation de tabac, puisqu'elles représentent le groupe de professionnels de santé le plus important. Les auteurs recommandent donc d'augmenter les formations consacrées au conseil sur le sevrage tabagique pour les infirmières. Ils suggèrent également de prendre en compte la proportion de fumeurs parmi les professionnels de santé, infirmières incluses, car ces soignantes auraient tendance à moins intervenir auprès des patients sur le thème du sevrage tabagique. L'information et la formation du personnel soignant sur les différents outils existants seraient donc un atout pour la prise en charge des personnes présentant des troubles liés au tabagisme, surtout chez les patients ayant des maladies pulmonaires chroniques. Ceci permettrait ainsi de valoriser le rôle des infirmières.

A travers cette revue de littérature systématique, il semble également important pour le futur d'implanter le test de dépistage de la spirométrie ainsi que les interventions minimales dans les milieux hospitaliers en Suisse ceci, afin de réduire les coûts de la santé et de prévenir les complications de la maladie. Malheureusement, la spirométrie est une intervention peu prescrite. Pourtant, elle peut être un facteur de motivation pour les patients. L'utilisation de la spirométrie, pour dépister les sujets à risque et ceux présentant des symptômes, permettrait d'aider à prendre en charge ces patients de façon adéquate (Jakobsson & al., 2006). Il serait également judicieux d'inclure l'évaluation et le traitement de la dépression, car cela peut expliquer le faible taux de participation aux interventions de soins infirmiers et le faible taux de cessation de certaines études, notamment dans la recherche de de Bradbury, Fitzsimons, Stuart Elborn et Wilson (2008).

Selon Geirsdottir et al. (2004), les dispositions de sevrage tabagique ne devraient pas être limitées aux patients hospitalisés, bien qu'il existe des indications que l'hôpital représente un cadre particulièrement utile pour le faire. Une diversité de l'ensemble des interventions de sevrage tabagique est absolument nécessaire. Il serait judicieux de recenser les interventions de prévention de la consommation du tabac dans les différents milieux de soins en Suisse afin de voir si elles sont identiques aux stratégies de prévention de l'Europe et du reste du monde, puisqu'aucune des recherches retenues n'a été réalisée sur sol suisse.

Pour conclure, les interventions de sevrage tabagique doivent être une partie de la pratique infirmière régulière pour des patients hospitalisés avec une maladie pulmonaire. Il est donc important d'intégrer le counselling en abandon du tabac dans la pratique infirmière de tous les jours.

5.13. Limites de la revue

Il paraît nécessaire de prendre un certain recul par rapport à l'ensemble de la revue de littérature systématique qui vient d'être abordée et ce, pour plusieurs raisons.

Seul deux études sélectionnées pour cette revue de littérature systématique ne correspondent pas entièrement aux grilles d'analyse de qualité. En effet, les introductions, les notions d'éthique et la théorie manquent parfois de rigueur. Malgré tout, étant donné qu'il s'agit d'articles pertinents pour cette revue de littérature, ils ont été sélectionnés et utilisés pour son élaboration. Toutes les recherches se situent entre 2001 et 2011, ce qui permet d'avoir une vision actuelle. Excepté une, qui date de 1996, qui tout de même été incluse dans le travail étant donné qu'elle soutient les interventions non pharmacologiques utilisées par les infirmières pour le sevrage des fumeurs atteints de BPCO.

La majorité des données épidémiologiques sur la prévalence du sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO concernent le Danemark et la Suède et non la Suisse. Ceci est dû au manque de recherches effectuées sur ce sujet dans ce pays. Néanmoins, la majorité des résultats sont en lien entre les différents pays ce qui nous laisse croire que les mêmes problématiques sont présentes en Suisse.

Les recherches sont effectuées sur des échantillons variés. Par exemple, le stade de sévérité de la BPCO peut varier (légère, moyenne, sévère), parfois l'adulte atteint de BPCO peut avoir des comorbidités psychiatriques ou encore une consommation tabagique différente. Les lieux sont aussi différents pour plusieurs études : domicile, clinique, service de soins aigus ou alors établissement de soins de longue durée. Ainsi, la généralisation des résultats ne peut être effectuée que dans une certaine mesure, par exemple dans le cas où l'échantillon ainsi que le lieu correspondent.

Le nombre restreint de recherches utilisé pour la rédaction de cette revue représente également une limite. De plus, certaines recherches ont pu porter préjudice à la qualité de cette revue. Finalement, une revue systématique de littérature s'effectue au minimum à deux *peer-reviewers* et dans ce travail, seul l'auteure a jugé de la qualité des recherches incluses à la revue de littérature.

Conclusion

Arrêter de fumer présente un avantage tant pour le patient lui-même que pour son entourage. Il est important de souligner qu'il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer, mais qu'il n'est également jamais trop tôt pour mettre en œuvre des stratégies d'abandon du tabac chez tous les patients et idéalement, des stratégies de prévention du tabagisme chez les patients atteints de maladies respiratoires. Le fumeur a besoin d'aide pour arrêter. La promotion et l'accompagnement du sevrage tabagique doit être une priorité pour tous les professionnels de la santé, puisque la soignante est reconnu non seulement pour son accessibilité mais également pour les résultats de ses interventions (Hanssens, 2010). Par la dépendance que le tabagisme induit, la prise en charge du patient fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive est complexe et difficile.

Les données récoltées dans les 16 études sélectionnées suggèrent que l'intervention minimale, le counselling, les thérapies cognitivo-comportementales, la spirométrie, les interventions éducatives et de formation et le suivi aident au sevrage tabagique et améliorent la qualité de vie des patients atteints de BPCO. Cependant, les méthodes alternatives comprenant la relaxation, l'hypnose et l'acupuncture n'ont pas prouvées leur efficacité et ne peuvent donc pas être recommandées comme aide au sevrage tabagique de cette population.

Ainsi, pour consolider les résultats trouvés dans cette revue de littérature systématique, des recherches complémentaires devraient être effectuées afin de permettre une généralisation ultérieure des résultats. Étant donné qu'à l'avenir, il y aura un nombre croissant de patients atteints de BPCO, il est important de poursuivre les recherches. Ceci pour approfondir les connaissances sur les méthodes les plus efficaces pour la détection précoce, le traitement et les soins de ces patients. Des infirmières spécialisées dans les soins de la BPCO et l'éducation du patient sont nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de ces patients, ainsi que pour planifier et mettre en œuvre des soins (Ehrenberg & al., 2008).

Dans la littérature, peu de recherches sont dédiées aux interventions non pharmacologiques pouvant aider dans la cessation du tabagisme chez les fumeurs atteints de BPCO, alors que de nombreuses recherches ont étudié les traitements pharmacologiques de cette population. En effet, divers aspects restent vagues et demandent des études spécifiques approfondies. Cela concerne par exemple l'efficacité des méthodes alternatives telles que la relaxation, l'hypnose et l'acupuncture. La taille de l'échantillon, la sélection des participants, les refus, les abandons de suivi à long terme, la vérification biochimique sont également des aspects qui demandent

des interventions plus fouillées. De plus, il serait bénéfique d'approfondir des recherches sur le long terme car peu d'entre-elles se sont penchées sur le sevrage tabagique des patients atteints de maladies pulmonaire au long terme. En effet, peu d'aspects sont connus sur la façon dont les ex-fumeurs intègrent cette expérience dans leur vie et le sens qu'ils y donnent. C'est pour cette raison qu'une nouvelle étude serait nécessaire afin d'avoir une notion plus claire. Pour Bradbury et ses collègues (2008), des recherches supplémentaires en soins infirmiers sont nécessaires afin d'évaluer les interventions de sevrage tabagique dans cette population. D'autres études sont également utiles pour explorer les attitudes des soignantes et des fumeurs atteints de BPCO face à la réduction des méfaits et savoir si ces interventions permettraient un résultat plus acceptable pour cette population.

Ainsi, le défi, pour les soignantes, est d'intégrer la cessation tabagique dans les standards de pratique afin que chaque patient puisse bénéficier d'une évaluation, d'un conseil et d'une intervention brève. Des auteurs recommandent d'évaluer le statut tabagique aussi souvent que le pouls, la respiration, la pression artérielle et la température, ajoutant qu'il devrait être le cinquième signe vital à évaluer (Campell & al., 2008 ; Gervais & Tremblay, 2001).

Note de l'auteure en guise de conclusion

Cette revue de littérature a été une première expérience. Je me suis donc initiée et immergée dans le monde de la recherche. Un des éléments que j'ai pu enrichir est de me structurer et de me mettre des limites afin de cadrer les recherches et de ne pas me noyer dans la multitude d'informations qui sont fournies par les banques de données informatiques. Il est également nécessaire de rappeler que les critères méthodologiques ont été respectés au mieux et que ce travail est le fruit d'une novice dans le domaine de la recherche.

Grâce à ce travail de Bachelor, j'ai appris que l'infirmière a beaucoup de responsabilités face au sevrage du tabac et à la prévention de l'accoutumance et que le côté développement de la recherche nous en apprendra toujours plus sur le sujet. La recherche permet de trouver des solutions à nos interrogations, afin d'offrir une prise en charge adéquate aux patients. D'ailleurs, il me permettra d'utiliser les interventions ressorties au chapitre 4 dans ma pratique quotidienne et de transmettre mes connaissances à mes collègues afin que nous soyons plus attentives à la consommation tabagique chez les patients hospitalisés surtout chez les patients ayant des maladies pulmonaires et à leur proposer des méthodes de sevrage tabagique.

Références bibliographiques

- Abdel Kafi, S. (2005). *Intérêt du dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive dans une consultation d'aide au sevrage tabagique*. Bruxelles : Fonds des affections respiratoires.
- Addiction info suisse. (2010). *Mortalité*. [Page Web]. Accès : <http://www.addiction-info.ch/fr/faits-et-chiffres/tabac/effets-et-risques/mortalite/>. [Page consultée le 20 septembre 2010].
- Anders, B., Ibsen, H., Jörgens, T. & Pisinger, C. (2008). The effectiveness of smoking cessation groups offered to hospitalised patients with symptoms of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *The Clinical Respiratory Journal*, 2, 158-165.
- Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). (2004). *Financement des soins – Points de vue conjoints des fournisseurs de prestations*. [Page Web]. Accès : [http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/1berufspolitik-f/pdf/Financement%20des%20soins%20%20040421f .pdf](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/1berufspolitik-f/pdf/Financement%20des%20soins%20%20040421f.pdf). [Page consultée le 14 avril 2011].
- Aubin, HJ., Le Foll. B & Lagrue G. (2002). Behavioral and cognitive therapy to break the smoking habit. Review of the literature. *Annales de médecine interne*, 153, 32-40.
- Axelsson, G., Björkelund, C., Brisman, J., Curiac, D., Fässberg Norrhall, M., Larsson, R., Månsson, J., Nilfelt, A., Söderström, A-L., Thorn, J. & Varas, E. (2009). A feasible lifestyle program for early intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a pilot study in primary care. *Primary Care Respiratory Journal*; 18(4), 306-312.
- Bartsokas, A. (2008). *Distribution gratuite des substituts nicotiniques et sevrage tabagique. Une observation sur 3 ans au centre hospitalier Louis Mourier*. [Page Web]. Accès : <http://www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/Bartsokas.pdf>. [Page consultée le 14 septembre 2011].
- Bendixen, M., Breman, L., Clementsen, P., Eval, T., Fuursted, R., Hansen, L.H., Ibsen, A., Markholst, C., Mikkelsen, K., Pedersen, L., Petersen, T., Schiøtz, R., Stensgaard, H. & Tønnesen, P. (1996). Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *European Respiratory Journal*, 9, 2351–2355.
- Bohadana, A. & Martinet, Y. (2004). *Le tabagisme*. Paris : Masson.
- Borrero P. & Kupferschmid S. (2005). Et si vous profitez de votre hospitalisation pour arrêter de fumer ? Prise en charge des patients fumeurs hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève. *Soins infirmiers*; 5, 40-43.

- Borrero P. & Kupferschmid S. (2005). Le modèle des stades de changement. Comment aborder le patient fumeur ? *Soins infirmiers*; 5, 44-45.
- Bradbury, I., Fitzsimons, D., Stuart Elborn, J. & Wilson, J. S. (2008). Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 508-517.
- Bendixen, M., Breman, L., Clementsen, P., Eval, T., Fuursted, R., Hansen, L.H., Ibsen, A., Markholst, C., Mikkelsen, K., Pedersen, L., Petersen, T., Schiøtz, R., Stensgaard, H. & Tønnesen, P. (1996). Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *European Respiratory Journal*; 9, 2351–2355.
- Bottema, BJ., De Vries, H., Grol, RP., Hilberink, S. & Jacobs, J. (2005). Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC) : Six months' results. *Preventive Medicine*, 41(5-6), 822-827.
- Bradbury, I., Fitzsimons, D., Stuart Elborn, J. & Wilson, J. S. (2008). Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 45(4);508-517.
- Bremann, L., Mikkelsen, K. & Tønnesen, P. (2006). Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *American College of Chest Physicians*; 130(2), 334-42.
- Brunner, L.S., Suddarth, D.S., Smeltzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie: volume 1 généralités*. Bruxelles : De Boeck.
- Campell, I.A., Carrozzi, L., Dagli, E., Fagerström, K. O., Gratziou, C., Jimenez-Ruiz, C., Lazzaro, C., Nardinie, S., Tønnesen, P., Viegi, G. & West, R. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal*; 29, 390–417.
- Centre d'information pour la prévention du tabagisme – Fribourg. (2010). *Lutter ensemble contre le tabac*. [Page WEB]. Accès : <http://www.icn.ch/fr/>. [Page consultée le 7 mai 2010].
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2008). *Prise en charge du sevrage tabagique*. [Page WEB]. Accès : http://www.cbip.be/pdf/tft/tf_tabo.pdf. [Page consultée le 12 septembre 2010].
- Conseil International des Infirmières (CII). (2000). *Soins de santé primaires*. [Page WEB]. Accès : <http://www.cipretfribourg.ch>. [Page consultée le 7 mai 2010].

- Daeppen, J-B., Gammeter, R. & Rohrbach, A. (2004). *Introduction à la pratique de l'entretien motivationnel*. [Enregistrement vidéo]. Lausanne : CEMCAS-CHUV.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession*. Canada : La Chenelière.
- Département de la santé et de l'action social – DSAS. (2008). *Prévention du tabagisme*. [Page WEB]. Accès : http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/dependances/Brochure_Plan_Tabac_PRINT.pdf. [Page consultée le 7 mai 2010].
- DSM IV. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- Ehrenberg, A., Fossum, B., Klang, B., Larsson, K. & Österlund Efraimsson, E. (2011). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*; 28, 958-967.
- Ehrenberg, A., Hillervik, C. & Österlund Efraimsson, E. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Nordic College of Caring Science*, 22, 178-185.
- Elborn, J., Fitzsimons, D. & Wilson J. (2010). 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke ? *Journal of Clinical Nursing*, 20, 819-827.
- Fiore, M. C. (2000). US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory Care*, 45 (10), 1200-1262.
- Geirsdottir, T., Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Sigridur Sveinsdottir, K. & Sigurdardottir, T. (2004). Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 594-604.
- Gervais, A. & Tremblay, M. (2001). Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec. *Institut national de santé publique du Québec*.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2001). Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. *National Institutes of Health*, 1-30.
- Godard, P. (2005). *Pneumologie : Soins infirmiers*. Paris : Masson.
- Grichy, J. (s.d.). *Intérêt de l'informatique pour la prévention*. [Page WEB]. Accès : http://www.urml-idf.org/urml/medec03/Dr_Grichy.pdf. [Page consultée le 23 avril 2010].

- Grinspun, D. (2003). *La cessation tabagique : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*. [Page WEB]. Accès : http://www.rnao.org/Storage/11/597_La_cessation_du_tabagisme.pdf. [Page consultée le 7 mai 2010].
- Hacken, T., Lesman-Leegte, I., Postma, D., Timens, W. & Willemse, B. (2005). High Cessation Rates of Cigarette Smoking in Subjects With and Without COPD. *Official publication of the American College of Chest Physicians*; 128, 3685–3687.
- Hanssens, L. (2010). *La semaine motivationnelle : approche complémentaire dans l'aide au sevrage tabagique ?* Bruxelles : Fonds des Affections Respiratoires.
- HEdS (2008) : *Référentiel des compétences*. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Hilberink, S., Jacobs, J., Schlösser, M. Vries, H. (2005). Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation. *Patient Education and Counselling*, 61(3), 449-457.
- Hornung, R., Keller, R., Krebs, H. & Radtke, T. (2010). *La consommation de tabac dans la population suisse de 2001 à 2009*. Enquête suisse sur le tabagisme. Université de Zurich.
- Jakobsson, P., Mölstad, S., Stratelis, G. & Zetterström, O. (2006). The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 24(3), 133-139.
- Kotz, D., Van Duurling, R., Van Litsenburg, W., Van Schayck, C. & Wesseling, G. (2008). Smoking cessation treatment by Dutch respiratory nurses : Reported practice, attitudes and perceived effectiveness. *Patient Education and Counseling*, 70, 40-49.
- Laguerre, G. (2003). *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).
- Lauper, A. (2010). *BPCO – Broncho-pneumopathie chronique obstructive*. Berne : Ligue pulmonaire suisse.
- Lepage, M. (2009). *Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de milieux hospitaliers*. Québec : Université de Montréal.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Saint-Laurent.
- Lundbäck B. (2003). Not 15% but 50% of smokers develop COPD? *Respiratory Medicine* ; 97,115-122.

- McIvor, A. & Raghavan, N. (2009). The profile of chronic obstructive disease in the primary care setting. *American College of Chest Physicians*, 141(1), 81-86.
- Miller, R. W. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel*. Paris : InterEditions-Dunod.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa-Grande : a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097 doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- Monninkhof, E., Mulder, H., Pieterse, M., Van der Valk, P., Van der Palen, J., Van Herwaarden, C. & Zielhuis, G. (2004). The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease : a pre-post-test study. *Patient Education and Counseling*, 52, 231-236.
- Nadot, M. (2005). *La déontologie professionnelle et la médiologie de la santé*. [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Nadot, M., (2001). *Abrégé d'histoire et d'épistémologie des pratiques de soins, De la tradition soignante à l'identité de la discipline nommée médiologie de la santé*. [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2008). *Smoking cessation service*. [Page Web]. Accès : <http://www.nice.org.uk/>. [Page consultée le 20 octobre 2011].
- Office fédérale de la santé publique. (2009). *Mortalité causée par le tabagisme*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00611/01741/index.html?lang=fr>. [Page consultée le 18 avril 2010].
- Office fédérale de la statistique. (2009). *Mortalité causée par le tabagisme*. [Page Web]. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00611/01741/index.html?lang=fr>. [Page consultée le 20 avril 2010].
- Office fédérale de la statistique. (2009). *Statistique de la santé*. [Page Web]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.118129.pdf>. [Page consultée le 20 avril 2010].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Tabagisme*. [Page Web]. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html>. [Page consultée le 13 septembre 2011].
- Pauwels, R., Buist, A., Calverley, P. (2001). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global

- initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) Workshop summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 1256-76.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992). Search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 10, 162-166.
- Quinodoz, M-N. (2007). *Promotion de la santé et prévention*. [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Raw, M., Anderson, P., Dubois, G., Harrington, P., Hirsch, A., Le Houezec, J., McNeill, A., Milner, D. & Poetchke Langer, M. & Zatonski, W. (2002). Who Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco Control*, 11, 44-46.
- Similowski, T. (2003). Recommandations pour la prise en charge de la BPCO. *Revue des maladies respiratoires*, 20, 45-465.
- Société Suisse des pharmaciens. (2005). *Sevrage tabagique*. [Page Web]. Accès : <http://www.pharmasuisse.org/fr/pages/search.aspx?k=sevrage%20tabagique>. [Page consultée le 11 juin 2011].
- Société suisse pour les troubles anxieux et de dépression (SSAD). (s.d.). *Thérapie comportementale*. [Page Web]. Accès : <http://www.sgad.ch/fr/angst/betroffene/behandlung/verhaltenstherapie.shtml>. [Page consultée le 20 octobre 2011].
- Tashkin & al., (2001). Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease : a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *The Lancet*, 357, 1571-1575.
- Wüthrich, A-S. (s.d.). *L'entretien motivationnel*. [Page Web]. Accès : <http://www.formasante.ch/cours/motivation.html>. [Page consultée le 3 septembre 2011].

— ANNEXES —

Annexe I : Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit (cinéma, avion, bibliothèque, etc.) ?	Oui	1
	Non	0
Quelle est la cigarette à laquelle il vous serait le plus difficile de renoncer ?	La première le matin	1
	Une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous d'avantage pendant les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous-même si vous êtes malade et alité ?	Oui	1
	Non	0
Interprétation : 0 à 3 → Dépendance faible ou nulle 4 à 6 → Dépendance moyenne 7 à 8 → Dépendance forte 9 à 10 → Dépendance très forte		

Reynaud, M. (2005). *Addictions et psychiatrie*. Paris : Masson.

Annexe II : Test Q-MAT - Évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac

- 5.13.1. Pensez-vous que dans 6 mois
- Vous fumerez toujours autant ? 0
 - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2
 - Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? 4
 - Vous aurez arrêté de fumer ? 8
- 5.13.2. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?
- Pas du tout 0
 - Un peu 1
 - Beaucoup 2
 - Énormément 3
- 5.13.3. Pensez-vous que, dans 4 semaines :
- Vous fumerez toujours autant ? 0
 - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2
 - Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? 4
 - Vous aurez arrêté de fumer ? 6
- 5.13.4. Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?
- Jamais 0
 - Quelquefois 1
 - Souvent 2
 - Très souvent 3

Reynaud, M. (2005). *Addictions et psychiatrie*. Paris : Masson.

Annexe III : Stratégies de recherche

• Stratégie 1

"Nursing"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] AND "Smoking Cessation/methods"[Mesh] AND "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh].

Résultats : 3 articles trouvés, 1 article retenu.

Bradbury, I., Fitzsimons, D., Stuart Elborn, J. & Wilson, J. S. (2006). Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 45, 4, 508-517.

• Stratégie 2

"Nursing"[Mesh] OR "Nursing/methods"[Mesh] AND "Smoking Cessation"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh] AND "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/nursing"[Mesh].

Résultats : 21 articles trouvés, 1 article retenu.

Bremann, L., Mikkelsen, K. & Tønnesen, P. (2006). Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *American College of Chest Physicians ; 130(2)* :334-42.

• Stratégie 3

"Smoking Cessation"[Mesh] AND "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh].

Résultats : 35 articles trouvés, 2 articles retenus.

Geirsdottir, T., Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Sigridur Sveinsdottir, K. & Sigurdardottir, T. (2004). Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 594-604.

Axelsson, G., Björkelund, C., Brisman, J., Curiac, D., Fässberg Norrhall, M., Larsson, R., Månsson, J., Nilfelt, A., Söderström, A-L., Thorn, J. & Varas, E. (2009). A feasible lifestyle program for early intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) : a pilot study in primary care. *Primary Care Respiratory Journal ; 18(4)* : 306-312.

- **Stratégie 4**

"Smoking"[Mesh] AND "Smoking Cessation"[Mesh] AND "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh].

Résultats : 243 articles trouvés, 5 articles retenus.

Anders, B., Ibsen, H., Jørgens, T. & Pisinger, C. (2008). The effectiveness of smoking cessation groups offered to hospitalised patients with symptoms of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *The Clinical Respiratory Journal* ; 2, 158-165.

Bottema, BJ., De Vries, H., Grol, RP., Hilberink, S. & Jacobs, J. (2005). Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): Six months' results. *Preventive Medicine* 41 (5-6) : 822-827.

Ehrenberg, A., Hillervik, C. & Österlund Efraimsson, E. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Nordic College of Caring Science* ; 22, 178-185.

Elborn, J., Fitzsimons, D. & Wilson J. (2010). 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? *Journal of Clinical Nursing* ; 20, 819-827.

Hacken, T., Lesman-Leegte, I., Postma, D., Timens, W. & Willemse, B. (2005). High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD. *Official publication of the American College of Chest Physicians*; 128, 3685–3687.

- **Stratégie 5**

Lecture et sélection de références bibliographiques issues des articles cités précédemment.
(« *Related Citations* »)

Résultats : 3 articles retenus.

Ehrenberg, A., Fossum, B., Klang, B., Larsson, K. & Österlund Efraimsson, E. (2011). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing* ; 00(0), 000-000.

Bendixen, M., Breman, L., Clementsen, P., Eval, T., Fuursted, R., Hansen, L.H., Ibsen, A., Markholst, C., Mikkelsen, K., Pedersen, L., Petersen, T., Schiøtz, R., Stensgaard, H. & Tønnesen, P. (1996). Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *European Respiratory Journal* ; 9, 2351–2355.

Monninkhof, E., Mulder, H., Pieterse, M., Van der Valk, P., Van der Palen, J., Van Herwaarden, C. & Zielhuis, G. (2004). The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease : a pre–post-test study. *Patient Education and Counseling* ; 52 : 231–236.

- **Stratégie 6**

Recherches dans les articles associés (« *Related Articles* ») aux articles retenus.

Résultats : 2 articles retenus.

Kotz, D., Van Duurling, R., Van Litsenburg, W., Van Schayck, C. & Wesseling, G. (2008). Smoking cessation treatment by Dutch respiratory nurses : Reported practice, attitudes and perceived effectiveness. *Patient Education and Counseling* ; 70, 40-49.

Campbell, I.A., Carrozzi, L., Dagli, E., Fagerström, K. O., Gratziou, C., Jimenez-Ruiz, C., Lazzaro, C., Nardinie, S., Tønnesen, P., Viegi, G. & West, R. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal* ; 29 : 390–417.

- **Stratégie 7**

Recherches sur *Google*.

Résultats : 2 articles retenus.

Jakobsson, P., Mölsted, S., Stratelis, G. & Zetterström, O. (2006). The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* ; 24(3) : 133-139.

Gervais, A. & Tremblay, M. (2001). Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec. *Institut national de santé publique du Québec*.

Annexe IV : Grille d'analyse des recherches (traduction libre de l'auteure)

Référence	Bendixen, M., Breman, L., Clementsen, P., Eval, T., Fuursted, R., Hansen, L.H., Ibsen, A., Markholst, C., Mikkelsen, K., Pedersen, L., Petersen, T., Schiøtz, R., Stensgaard, H.& Tønnesen, P. (1996). Nurse-conducted smoking cessation with minimal inter-vention in a lung clinic: a randomized controlled study. <i>Euroopean Respiratory Journal</i> ; 9, 2351–2355.
Devis	Essai clinique randomisé et contrôlé (RCT). Buts : Évaluation d'un programme d'intervention minimal mené par des infirmières dans une clinique du poumon. Voir si ce programme d'intervention a un effet sur la désaccoutumance au tabac après 1 an.
Population/Échantillon	N = 507 patients 1. Groupe de motivation n = 254 patients, âge moyen 51 ans, 50 % d'hommes fumant en moyenne 13 cigarettes/jour. 2. Groupe de contrôle n = 253 patients, âge moyen 53 ans, 61 % d'hommes fumant en moyenne 12 cigarettes/jour.
Interventions/Mesures des résultats	Interventions : Bref conseil, lettre de suivi, suivi par téléphone formation infirmière et éducation du patient et brochures. Évaluation : Le questionnaire de Fagerström a été utilisé pour mesurer chaque degré de dépendance à la nicotine. Aussi, une question de la dépendance à la nicotine du questionnaire a été remplie : Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? La consommation quotidienne de tabac a été enregistrée. La motivation pour arrêter de fumer a été notée sur une échelle en six points.
Résultats	-Taux de réussites après 1 an a été de 8,7 % dans le groupe de motivation et de 3,6 % dans le groupe témoin. Lors du suivi, la motivation pour arrêter de fumer a diminué dans les deux groupes. -Dans tous les échecs (n=414), une légère augmentation de la tolérance au questionnaire de Fagerström a été constaté et une diminution de la motivation à cesser de fumer. Parmi les échecs, 4,6 % ont déclaré avoir utilisé la gomme de nicotine et 5,4 % le patch de nicotine. Ces sujets avaient acheté des produits de nicotine en vente libre dans les pharmacies après avoir lu les brochures à l'entrée. Le poids corporel chez les sujets abstinents a augmenté, passant de 72,4 (43-110) kg à l'entrée à 77,8 (52-111) kg après 1 an (n=28).
Perspectives/Conclusion	Les cliniques pulmonaires semblent être un endroit approprié pour encourager le sevrage tabagique. Le taux de réussite chez les patients souffrant de troubles respiratoires a été plus faible par rapport aux patients présentant des troubles cardiaques, et ils ont trouvé dans un essai clinique de renoncement au tabac une baisse des résultats chez des sujets souffrant de bronchite chronique légère selon les critères de l'OMS Une autre constatation importante est que, dans les échecs, la consommation de cigarettes est restée inchangée après 1 an. C'est-à-dire, la réduction du tabagisme semble impossible, du moins dans ce groupe de sujets à faible motivation. Bien que l'abandon du tabac mené par l'infirmière semble atteindre un taux de succès similaires à celui mené par des médecins (Taylor, Houston-Miller, Killen & DeBusk, 1990), tous les professionnels de la santé doivent travailler ensemble comme une équipe dans ce domaine. Il est évident que l'infirmière peut aider le patient avec un minimum de motivation à renoncer au tabac, ceci mis en place dans une clinique du poumon. Cela devrait être mis en œuvre comme un travail de routine dans d'autres cliniques. Le coût est minime, ce modèle peut être mis en œuvre sans l'intervention d'un grand nombre d'effectif. Plusieurs études ont certifié l'efficacité des interventions minimales (Fiore, Piasecki, Baker, 1995). Le conseil pour renoncer combiné avec une ou plusieurs lettre de suivi, semblent être des éléments importants dans une telle approche. L'intervention d'une infirmière pour une approche motivationnelle semble prometteuse puisque le taux d'abandon à 1 an de suivi avait doublé.
Points forts et points faibles : Étude structurée, respectant les critères méthodologiques. Répond précisément à la question de recherche. Taille de l'échantillon. Cependant, le nombre de l'échantillon du groupe d'intervention et du groupe de contrôle ne correspond pas. Cela peut influencer les résultats. Donne des stratégies d'interventions dans le programme réalisé pour l'étude.	

Référence	Ehrenberg, A., Fossum, B., Klang, B., Larsson, K. & Österlund Efraimsson, E. (2011). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurs-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. <i>Journal of Advanced Nursing</i> ; 28, 958-967.
Devis	Étude de cohorte prospective. Buts : Décrire dans quelles mesures les infirmières utilisent l'entretien motivationnel dans la communication du sevrage tabagique chez les patients ayant une maladie pulmonaire obstructive dans les soins de santé primaires.
Population/Échantillon	N=13 fumeurs atteints de BPCO. Âge moyen 52 ans. 6 infirmières COPD travaillant dans 6 cliniques de soins primaires différentes.
Interventions/Mesures des résultats	Consultations complètement filmé. Questionnaire sur l'anamnèse et les habitudes de fumer rempli par les patients. Interventions : Bref conseil, counselling, entretien motivationnel. Analyse des données : <i>L'échelle de MITI</i> (Motivational Interviewng Treatment Integrity): a été utilisée pour évaluer objectivement l'intégralité des entretiens motivationnels. Système de codage comportemental qui mesure la façon dont le praticien utilise l'entretien motivationnel, axé sur la communication verbale. Deux types de codages sont appliqués dans le MITI, le 1 ^{er} met l'accent sur les scores globaux (qualitatif) enregistrés dans 5 variables et le second sur les codes de comportement (quantitatif) enregistrés dans 5 catégories et 4 sous-catégories. <i>Scores globaux</i> : le score global reflète l'impression du sevrage tabagique concernant 5 critères mondiaux : l'évocation, la collaboration, le soutien de l'autonomie et l'empathie. <i>Codes comportemental</i> : il y a 5 codes de comportement : donner l'information, les questions, les réflexions, les adhérents à l'entretien motivationnel et les non-adhérents.
Résultats	Échelle MITI : - <i>Scores globaux</i> : pas de différences importantes sur un individu ou d'un niveau de groupe en la 1 ^{ère} et 3 ^{ème} consultation. Les infirmières ont reçu un résultat de bas à moyen dans l'interaction pour arrêter de fumer sur les dimensions globales d'évocation, de collaboration, le soutien de l'autonomie et l'empathie. - <i>Codes comportemental</i> : plus fréquent pour les infirmières de donner des informations pour le sevrage tabagique pendant la consultation et de poser des questions fermées et de faire des réflexions simples. Le moins commun des comportements était de poser des questions ouvertes et de faire des réflexions complexes. - <i>Résumé des scores</i> : mauvaise compétence des infirmières dans l'entretien motivationnel. Une des infirmières a réussi à atteindre le niveau de compétence dans la section réflexion-question. Dans tous les autres termes (réflexion-question) personnes n'a eu le niveau débutant.
Perspectives/Conclusion	Nécessité d'une formation plus poussée en matière de communication lors de formation en soins infirmiers. Les évaluations de la communication dans l'entretien motivationnel devraient être faites sur une base régulière dans la pratique clinique pour aider les infirmières à garder et à améliorer leurs compétences d'entretien motivationnel. Une question pour de futures recherches est d'investiguer les effets sur le sevrage tabagique, délivré par des infirmières qui ont été suffisamment formées dans l'entretien motivationnel et qui ont un niveau a prouvé dans la communication pour changer les comportements. Limitations de l'étude : La présence d'une caméra vidéo pourrait influencer le comportement des infirmières ou des patients. Les infirmières qui participaient étaient conscientes de l'objectif de l'étude, ce qui pourrait impliquer qu'elles avaient intérêt à faire un bon travail. Donc, les résultats étaient probablement un peu biaisés.
Points forts/points faibles : Étude structurée, respectant les critères méthodologiques. Répond précisément à la question de recherche. Donne des interventions réalisées par des infirmières. Les résultats indiquent la nécessité d'une formation plus poussée en matière de communication lors de formation en soins infirmiers. Les auteurs donnent des recommandations pour les recherches futures et font une critique de leur étude. Les schémas et les tableaux synthétisant les résultats sont clairs et précis. L'approbation éthique est présente.	

Référence	Geirsdottir, T., Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Sigridur Sveinsdottir, K. & Sigurdardottir, T. (2004). Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 48(6), 594-604.
Devis	Etude quasi-expérimentale. But : Décrit les processus et les résultats d'une intervention multi-composante de sevrage tabagique, à long terme, pour des patients atteints de maladie pulmonaire entamée pendant l'hospitalisation et suivi 1 an après la sortie.
Population/Échantillon	N = 85 patients souffrant de maladies pulmonaires (asthme ou BPCO) dans un hôpital universitaire. Être un fumeur a été le seul critère de participation à l'étude.
Interventions/Mesures des résultats	<u>Interventions</u> : Counselling, suivi téléphonique, enseignement aux patients, formation infirmière, étapes du changement. <u>Mesures</u> : La volonté de cesser de fumer a été évaluée sur une échelle, selon les cinq étapes du modèle du changement. La dépendance à la nicotine a été évaluée selon le test de Fagerstörn. L'équipe fournissant l'intervention était composée de cinq infirmières et l'intervention comportait sept composantes : 1.Conseils individuels et soutien, 2.Thérapie de remplacement de la nicotine (NRT), 3.Soutien du groupe, 4.Enseignement du groupe sur les modes de vie, 5.Groupe d'enseignement sur le tabagisme, la nicotine et la NRT, 6.Détente et 7.Suivi téléphonique.
Résultats	<u>-Abstinence</u> : 12 mois après la sortie, 39 % des patients s'étaient totalement abstenus de fumer et 52 % ne fumaient pas au moment d'être contacté. <u>-Stages de préparation et d'abstinence</u> : Au début de l'intervention, les patients étaient au stade de la contemplation, ce qui indique que la majorité avait l'intention d'arrêter dans les 6 mois. Ceci indique que d'ici la fin du programme, les participants avaient, en moyenne, fait des plans actifs pour arrêter de fumer ou avaient déjà cessé de fumer. <u>-Degré de dépendance à la nicotine et l'abstinence</u> : La dépendance à la nicotine a été comparée au début et à la fin de l'intervention et a révélé une réduction significative. <u>-Durée d'hospitalisation et d'abstinence</u> : Les chercheurs ont émis l'hypothèse que les patients ayant séjournés plus longtemps à l'hôpital, ont eu une plus grande intensité pour renoncer au tabac et étaient donc plus susceptibles de devenir abstinent. La durée moyenne d'hospitalisation était de 22,2 jours.
Perspectives/Conclusion	Il reste encore beaucoup à apprendre sur les interventions de renoncement au tabac pour les personnes souffrant de maladies pulmonaires. L'efficacité des médicaments sur la nicotine, avec un soutien professionnel et d'orientation, doit être étudiée plus avant. L'efficacité du Bupropion a été démontrée chez les patients BPCO, mais demande des examens plus approfondis, de même que l'efficacité des NRT. Les infirmières reconnaissent de plus en plus leur rôle dans l'établissement d'interventions efficaces de renoncement au tabac pour les personnes qui fument. Les résultats devraient en outre encourager les infirmières à proposer des interventions de sevrage tabagique dans leur pratique quotidienne. Les dispositions de sevrage tabagique ne devraient pas être limitées aux patients hospitalisés, bien qu'il existe des indications que l'hôpital peut être un cadre particulièrement utile. Une diversité de la communauté des interventions de sevrage tabagique est absolument nécessaire ainsi. Pour conclure, les interventions de sevrage tabagique doivent être une partie de la pratique infirmière régulière avec des patients hospitalisés avec une maladie pulmonaire.
Points forts et points faibles : Etude Islandaise. Elle possède une bonne structure méthodologique et tous les critères méthodologiques sont présents. Résumé comprend les points de la structure IMRaD (Introduction, Method, Results and Discussion). Échantillonnage intéressant (85 personnes), les caractéristiques sont bien développées. Donne des stratégies d'interventions de sevrage tabagique pour des patients atteints de maladies pulmonaires. Le paragraphe comprenant l'approbation éthique est bien développé. Tableaux et figures synthétiques et pertinents.	

Référence	Hacken, T., Lesman-Leegte, I., Postma, D., Timens, W. & Willemse, B. (2005). High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD. <i>Official publication of the American College of Chest Physicians</i> ; 128, 3685–3687.
Devis	Non longitudinale. But : Évaluer l'efficacité d'un programme non-pharmacologique du sevrage tabagique d'une durée de 1 an chez des sujets atteint ou non de BPCO.
Population/Échantillon	N = 63 patients. 38 fumeurs atteints de BPCO et 25 fumeurs « sains » asymptomatiques.
Interventions/Mesures des résultats	Le taux de cotinine urinaire a été mesuré au début, après 2, 6 et 12 mois après l'abandon du tabac, afin de vérifier le sevrage tabagique. Interventions : Counselling, TCC (motivation, auto-efficacité, prévention des rechutes).
Résultats	-L'âge et les paquets par années sont significativement plus élevés chez les patients atteints de BPCO que chez les fumeurs asymptomatiques. Le taux de cessation était de 52 %. Seize patients atteints de BPCO (42 %) et 17 fumeurs asymptomatiques (68 %) n'ont pas fumés 12 mois après le premier jour de cessation, ceci a été confirmé par le taux de cotinine urinaire.
Perspectives/Conclusion	<p>Les taux d'abandon élevés ont été obtenus de manière unique à la fois chez les fumeurs asymptomatiques (68%) et chez les fumeurs atteints d'une BPCO (42%). Peu de données sont disponibles dans la littérature sur le sevrage tabagique dans les BPCO. Une analyse Cochrane décrit deux petits essais randomisés contrôlés en utilisant l'intervention psychosociale. Brandt & al. (1997) ont utilisé le diagnostic « poumon des fumeurs » pour encourager l'abandon du tabac et ont rapportés un taux de cessation de 40 % à 1 an. Pederson & al. (1991) ont utilisé le counselling individuel et un manuel d'aide individuel et ont rapportés un taux de cessation de 33 % à 6 mois. Les taux d'abandon de ce programme ont dépassé les pourcentages de réussite indiquée précédemment. Cette différence n'est pas facilement expliquée, puisque dans les autres études, l'information fournie sur l'intervention du sevrage tabagique, par exemple, l'intensité du contact entre les personnes, le temps total de sessions de groupe le type de counselling et des thérapies comportementales a été très limitée. En outre, la sévérité de la BPCO des participants variait entre les études, bien que cela ne puisse pas expliquer les différences observées. Une explication de la différence des taux de réussite dans cette étude et les précédentes pourrait être que les participants étaient davantage motivés à arrêter de fumer. Malheureusement, les chercheurs n'ont pas utilisé un instrument valide pour évaluer la motivation.</p> <p>En ce qui concerne les facteurs menant à des taux élevés du sevrage tabagique dans cette étude, les chercheurs formulent l'hypothèse suivante : Premièrement, les sujets ont reçu un nombre élevé de séances de groupe réalisées par une infirmière qualifiée dans les conseils de renoncement au tabac et un chercheur motivé. Deuxièmement, des appels téléphoniques ou des contacts personnels, facilement accessibles, ont permis un soutien intensif à persister dans l'abandon du tabac. Enfin, le contexte de la recherche a pu faire que les patients se sentent responsable d'un résultat d'étude favorable. La fonction pulmonaire fréquente et les autres mesures ont été appréciées par tous les participants et peuvent avoir contribué aussi. De plus, la plupart des mesures ont été menées par le chercheur et ce fut une autre occasion de donner aux participants un conseil/soutien supplémentaire avant que le programme de sevrage tabagique commence et pendant le reste de l'année. Au total, tous les participants ont assisté à 15 réunions de groupe pour le programme de sevrage tabagique, 7 visites à l'hôpital avant le début du programme, 3 visites à l'hôpital tout au long de l'année (après 2, 6 et 12 mois). Les chercheurs suggèrent donc que les contacts fréquents et intensifs dans un projet de recherche peuvent constituer un cadre idéal pour obtenir des taux d'abandons élevés.</p> <p>Par conséquent, la question se pose de savoir si d'autres chercheurs et professionnels de la santé pourraient bénéficier de cette étude, selon laquelle, un programme de sevrage tabagique pour les patients atteints de BPCO dans une recherche semble avoir deux avantages majeurs. Premièrement, il est possible d'atteindre des taux étonnamment élevés de cessation dans un contexte de recherche et deuxièmement, il répond au besoin accru d'études portant sur l'effet du sevrage tabagique dans la BPCO.</p>
Points forts et points faibles : Respecte les critères méthodologiques. Donne des stratégies d'interventions au sein du programme réalisé pour l'étude. Ce programme est basé sur les besoins et attentes des patients atteints de BPCO pour le sevrage tabagique, son efficacité est d'ailleurs évaluée dans cette étude. C'est une étude qui apporte des éléments de réponses pour mon travail de Bachelor. Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche.	

Référence	Bradbury, I., Fitzsimons, D., Stuart Elborn, J. & Wilson, J. S. (2008). Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i> . 45 ; 4, 508-517.
Devis	Essai clinique randomisé et contrôlé (RCT). <u>Buts</u> : 1. Évaluer des interventions intensives de soins (soutien individuel ou en groupe). 2. Identifier le rôle infirmier dans l'évolution du tabagisme chez les adultes atteints de BPCO nécessitant des soins.
Population/Échantillon	N = 91 patients atteints de BPCO, 44 hommes et 47 femmes, compris entre 38-80 ans. <u>3 groupes d'intervention</u> : 1. Groupe de soins habituels (SH), n = 35 patients 2. Groupe de soins individuel (SI), n = 27 patients 3. Groupe de soutien (GS), n = 29 patients
Interventions/Mesures des résultats	a) Les patients ont reçu de brefs conseils par le médecin pour arrêter de fumer. b) Ils ont été placés en trois groupes de traitement (Sh, SI, GS). c) Les patients du groupe SI et ceux du groupe GS ont reçus 5 semaines d'interventions. d) Des visites de suivi ont été organisées pour tous les patients à 2, 3, 6, 9 et 12 mois, où l'usage du tabac a été validé biochimiquement. <u>Interventions</u> : Soutien individuel et soutien de groupe, formations infirmière, bref conseil médical, counselling, étapes du changement utilisée pour catégoriser la motivation et pour aider les infirmières à organiser des interventions pour chaque patient, suivi. <u>Mesure</u> : Les étapes du changement ont été classées en posant deux questions sur le tabagisme des patients et de leur date d'arrêt (Prochaska et DiClemente, 1988). Les cinq catégories allant de la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et un ex-fumeur depuis plus de 6 mois.
Résultats	<u>-Cessation du tabagisme</u> : À 1 an, aucun des patients n'a atteint la cessation complète. Deux patients (6 %) dans le groupe de soins habituels et trois patients (10 %) dans le groupe de soutien ont arrêté par intermittence. <u>-Habitue de fumer</u> : Sur 12 mois, tous les patients avaient une réduction significative de dépendance à la nicotine. <u>-Les comparaisons de la dyspnée</u> : Aucune différence significative entre les groupes d'intervention et la perception qu'ont les patients de la dyspnée ou de la fonction pulmonaire n'a été détectée sur 12 mois. <u>-La participation aux interventions de soins infirmiers</u> : Seuls 10 patients (37 %) dans le groupe de soutien individuel et 7 patients (24 %) dans le groupe de soutien ont assistés au moins à 3 semaines de l'intervention sur 5 semaines. Seuls 16 patients (59 %) dans le groupe de soutien individuel et 12 patients (41 %) dans le groupe de soutien ont utilisés la thérapie de remplacement de nicotine (TRN) proposée gratuitement.
Perspectives/Conclusion	L'augmentation de la cessation a été démontrée chez les fumeurs atteints de BPCO qui ont progressivement réduit leur consommation avant d'arrêter (Jimenez-Ruiz et al., 2002). La réduction du nombre de cigarettes peut être une solution efficace pour les programmes de sevrage tabagique auprès de cette population et les infirmières doivent évaluer leur rôle. Des recherches supplémentaires en soins infirmiers sont nécessaires afin d'évaluer les interventions de sevrage tabagique dans cette population. D'autres recherches sont également nécessaires pour explorer les attitudes des fumeurs face à la réduction des méfaits et si ces interventions permettraient un résultat plus acceptable pour cette population.
Points forts et points faibles : Répond aux critères méthodologiques, donne des pistes pour les futures recherches. Échantillonnage intéressant (91 personnes), caractéristiques sociodémographiques sont exposées. Pistes de réflexion proposées : apprentissage lors de la pratique grâce à la formation théorique et à la pratique, explique que les infirmières ne se sentent pas prêtes à soigner des personnes pour le sevrage tabagique. Besoins des infirmières prouvent la nécessité d'améliorer la formation infirmière.	

Référence	Bottema, BJ., De Vries, H., Grol, RP., Hilberink, S. & Jacobs, J. (2005). Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC) : Six months' results. <i>Preventive Medicine</i> 41 (5-6) : 822-827.
Devis	Essai clinique randomisé et contrôlé (RCT). Buts : Évaluer l'efficacité du sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO dans la pratique générale.
Population/Échantillon	N = 392 patients atteints de BPCO, âge > 35 ans 1. Groupe intervention : n = 244 patients 2. Groupe témoin : n = 148 patients
Interventions/Mesures des résultats	<u>Interventions</u> : Bref conseil, visite et appel de suivi, formation infirmière (BPCO, tabagisme, sevrage tabagique), éducation des patients (symptômes, traitements, avantages d'arrêter), brochures d'information (cassette vidéo, livret BPCO), étapes du changement. <u>Instruments</u> : Lors du suivi, les médecins généralistes ont reçu un questionnaire d'évaluation pour évaluer la compliance aux parties du protocole. La mesure principale des résultats était la prévalence auto-déclarée. Les chercheurs ont rassemblés les données suivantes : 1. La motivation pour arrêter de fumer (Prochaska and DiClemente, 1983), 2. La dépendance à la nicotine a été mesurée par le test de Fagerström, 3. L'auto-efficacité a été mesurée avec 11 items sur une échelle de 5 points, 4. La sévérité de la BPCO a été mesurée en utilisant la version hollandaise du questionnaire médical du conseil de recherche.
Résultats	<u>Inclusion des patients</u> : Environ 50 % de l'échantillon était prêt à arrêter de fumer dans les 6 mois, les patients du groupe intervention avaient tendance à être légèrement plus motivés. <u>Sevrage tabagique</u> : Plus de patients du groupe intervention avaient tenté de cesser de fumer après 6 mois de suivi (44,9 % versus 36,5 %) ; ces patients ont également eu plus de tentatives pour cesser. Beaucoup plus de patients ne fumaient pas dans le groupe intervention (16 %) que dans le groupe témoin (8,8 %). Les différences dans le taux d'abandon entre les stades motivationnels n'étaient pas significatives. <u>Transition d'étape</u> : 13 patients (5,3 %) du groupe d'intervention ont fait une évolution dans leur stade de changement, ce qui signifie une motivation accrue pour arrêter de fumer. Dans le groupe témoin, la transition d'étape s'est produite chez 10,9 % des patients (n=16).
Perspectives/Conclusion	La méthode mise en œuvre choisie a été bien appréciée par les professionnels. Des visites de sensibilisation, une formation interactive et fournir des matériels de support contribuent effectivement à l'exécution de directives dans la pratique quotidienne. Toutefois, la mise en œuvre à l'échelle nationale pourrait bénéficier d'une stratégie moins coûteuse et nécessiter moins de temps (par exemple : les contacts personnels grâce au service d'assistance téléphonique, les adresse e-mail, internet). Cette stratégie d'exécution a besoin d'avantage d'exploration, particulièrement dans les milieux éducatifs. <u>Limites</u> : La taille de l'effectif sur le taux d'abandon pourrait être faussée par le fait que beaucoup de patients dans le groupe témoin ont cessés de fumer (8,8 %) comparé à 6,5 % dans la population générale de fumeurs. Ceci peut être dû à l'influence du cadre, de l'établissement de recherche. Deuxièmement, bien que le patient ait été compliant avec le protocole, des informations sur les performances exactes au cours de l'interaction avec le patient n'est pas disponible. Une autre méthode de recherche comme les consultations filmées serait nécessaire pour cela. Troisièmement, l'auto-évaluation du comportement des fumeurs n'est pas toujours fiable, car ils perçoivent une pression à signaler un comportement non-fumeur. Les chercheurs recommandent la mise en œuvre à grande échelle des consultations de sevrage tabagique en médecine générale. L'application de cette intervention sur une échelle nationale signifierait une augmentation considérable de sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO.
Points forts et points faibles : Les auteurs proviennent de différents corps de métier complémentaires : social, médecine et soins infirmiers. Cela rend l'étude plus enrichissante car prenant des points de vue différents. Donne des stratégies d'intervention dans la pratique générale, l'efficacité est d'ailleurs évaluée dans cette étude. Tous les critères méthodologiques sont présents. Tableau bien synthétique et pertinent. L'étude définit bien les caractéristiques de l'échantillon. Selon mon point de vue, trop centré sur les médecins, mais interventions généralisables pour les infirmières. Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche.	

Référence	Anders, B., Ibsen, H., Jørgens, T. & Pisinger, C. (2008). The effectiveness of smoking cessation groups offered to hospitalised patients with symptoms of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <i>The Clinical Respiratory Journal</i> ; 2, 158-165.
Devis	Essai clinique randomisé (RCT). Buts : Évaluer l'effet des groupes de renoncement au tabac chez les patients atteints de BPCO admis à l'hôpital.
Population/Échantillon	N = 223 fumeurs 1. Groupe de contrôle n = 102 patients atteints de BPCO 2. Groupe d'intervention n = 121 patients atteints de BPCO
Interventions/Mesures des résultats	<u>Intervention</u> : Counselling, éducation des patients (informations sur les avantages du sevrage tabagique, fixer une date d'arrêt, traitement pharmacologique) et suivi. <u>Mesure</u> : Les participants ont rempli des questionnaires concernant les réseaux sociaux, style de vie, l'éducation, l'état matrimonial et les symptômes pulmonaires. La durée de la BPCO a été enregistrée au départ du premier diagnostic posé. Le fait de cesser de fumer après 1 an a été déclaré par le patient lui-même et validé dans 84 % des cas. Le développement des symptômes évalués par le patient (toux, glaires, manque de souffle, qualité de vie et auto-évaluation de la santé en général) a été évalué par des questionnaires au début et après 1 an de suivi. En raison de données manquantes dans les deux questionnaires adressés aux patients, le changement de symptômes déclaré par le patient peut être évalué seulement pour les 111 patients qui ont complété les deux questionnaires. Le temps et la cause du décès, et le nombre et la durée des hospitalisations ont été obtenues à partir des registres nationaux avec une période de suivi de 5 ans.
Résultats	<u>-L'abandon du tabac</u> : Après 1 an, 36 patients, soit 30 %, du groupe d'intervention avaient cessé de fumer comparativement à 13 patients, soit 13 %, du groupe témoin. Il a été trois fois plus susceptible que les fumeurs du groupe d'intervention soient non-fumeurs après 1 an, par rapport au groupe témoin. <u>-Les symptômes déclarés par le patient</u> : Différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe témoin concernant le changement du flegme auto-déclaré, tandis que d'autres symptômes ont montré une tendance non significative vers une plus grande amélioration des symptômes dans le groupe d'intervention comparé au groupe témoin. <u>-La survie</u> : Au cours des 5 ans de suivi, une meilleure survie dans le groupe intervention (50,4 %) comparativement au groupe témoin (43,1 %). <u>-Réadmission</u> : Au cours des 5 ans de suivi, le groupe d'intervention avait un nombre moyen de réadmission total de 6,8 contre 6,9 dans le groupe contrôle. Dans le groupe d'intervention, le nombre moyen de jours d'admission était de 50,7 par rapport à 62,0 dans le groupe de contrôle. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation en raison d'une BPCO était de 39,4 dans le groupe intervention comparativement à 49,4 dans le groupe contrôle.
Perspectives/Conclusion	Un des points forts de l'étude est qu'il n'y avait pas de perte de suivi. On pourrait croire que les patients ayant cessé de fumer avec succès ont été plus susceptibles de réagir après 1 an que les patients qui ont échoués le sevrage tabagique. Cette intervention de sevrage tabagique dans les groupes a entraîné une prévalence significativement plus élevée d'abstinence tabagique après 1 an, une tendance vers une meilleure survie après 5 ans et moins de jours d'hospitalisation suite à la BPCO au bout de 5 ans. Comme cette étude est effectuée dans la vie réelle, les résultats sont prometteurs et soulignent la nécessité de poursuivre l'action pour mettre en œuvre les interventions de renoncement au tabac à tous les patients hospitalisés avec des symptômes d'exacerbation de la BPCO.
Points forts et points faibles : Résumé comprend les points de la structure IMRaD. Répond aux critères méthodologiques. Le nombre de l'échantillon du groupe d'intervention et du groupe de contrôle ne correspond pas. Cela peut influencer les résultats. Tableau bien synthétique et pertinent.	

Référence	Kotz, D., Van Duurling, R., Van Litsenburg, W., Van Schayck, C. & Wesseling, G. (2008). Smoking cessation treatment by Dutch respiratory nurses : Reported practice, attitudes and perceived effectiveness. <i>Patient Education and Counseling</i> ; 70, 40-49.
Devis	Etude transversale. Buts : Décrire les pratiques, les attitudes et les croyances des infirmières hollandaises spécialisées dans les maladies respiratoires.
Population/Échantillon	N = 413 infirmières spécialisées dans les maladies respiratoires. Age moyen : 44 ans.
Interventions/Mesures des résultats	<u>Intervention</u> : Counselling, éducation des patients, formation des infirmières, spirométrie et TCC. <u>Élaboration du questionnaire et du contenu</u> : Il comprend des questions sur la pratique actuelle, les attitudes, connaissances, compétences, l'efficacité et les obstacles concernant le traitement du tabagisme. <u>Analyse des données</u> : Les chercheurs ont comparé leurs résultats avec ceux de l'enquête réalisée en 2000, afin d'évaluer l'évolution.
Résultats	<u>-Intensité du soutien au sevrage tabagique</u> : 205 infirmières traitaient les patients pour le sevrage tabagique durant les consultations et les 49 autres ont déclarés ne pas traiter. <u>-Évaluer et confronter le patient fumeur</u> : 166 infirmières évaluent la motivation du patient à arrêter de fumer. 122 évaluent le degré de dépendance au tabac en utilisant le test de la dépendance à la nicotine de Fagerström. 66 évaluent les signes et symptômes de comorbidité psychiatriques. Seule 1 personne a utilisé un questionnaire validé : le questionnaire de la dépression de Beck. 143 ont utilisé les résultats de la spirométrie pour confronter le patient avec les effets nocifs du tabagisme croyant que la confrontation avec la spirométrie pour le sevrage tabagique est plus efficace que l'éducation de la santé sans confrontation. <u>-Utilisation de techniques comportementales et recommandation des aides pour le sevrage tabagique</u> : Forte augmentation des infirmières qui recommandaient le counselling individuel pour cesser de fumer. 20% ont recommandé l'acupuncture ou la thérapie au laser et 6% les thérapies d'hypnose non-prouvées pour être efficaces. <u>-Auto-efficacité perçue pour l'abandon du tabac</u> : 72% ont convenu que le conseil comportemental (counselling) aide les fumeurs à arrêter de fumer. 70% ont convenu que la TRN aide les fumeurs à arrêter de fumer. 65% ont convenu que les antidépresseurs aident à arrêter. 42% ont convenu que des traitements alternatifs (acupuncture, relaxation) aide à arrêter. -7 obstacles potentiels pour le traitement du sevrage tabagique (manque de temps, manque de motivation, manque de connaissances du sevrage tabagique et des aides, manque de compétences, manque de ressources, manque de collaboration avec le médecin).
Perspectives/Conclusion	<u>Implication pour la pratique</u> : Les patients avec des pathologies respiratoires ont un besoin plus urgent d'arrêter de fumer, mais ont plus de difficulté à le faire qu'un fumeur « sain ». La dépendance au tabac est une maladie chronique qui nécessite souvent des interventions répétées et l'efficacité des interventions augmentées avec l'intensité du traitement. Les patients atteints de maladie respiratoires devraient recevoir l'intervention la plus intensive de sevrage tabagique ; une combinaison de counselling intensif pour le sevrage tabagique et une combinaison avec la pharmacothérapie. Le counselling intensif sur le sevrage au tabac peut être plus réalisable pour les infirmières que pour les médecins qui manquent souvent de temps. Leurs efforts pourraient être augmentés en remboursant les aides pharmacologiques pour la cessation du tabac et en développant des outils simples pour évaluer la motivation pour arrêter de fumer et la comorbidité psychiatrique chez les patients fumeurs. En conclusion, les infirmières respiratoires sont conformes avec le protocole pour les pratiques de renoncement au tabac chez les patients avec des maladies pulmonaires. Elles offrent un soutien intensif et l'utilisation de techniques comportementales pour arrêter de fumer plus souvent que des aides pharmacologiques evidence based. En donnant ce type de soins, les infirmières jouent un rôle clé dans le traitement des patients atteints de troubles respiratoires qui fument. Le manque de motivation perçu chez les patients représente la plus grande menace pour les activités futures des infirmières.
Points forts et points faibles : Ne cite pas les interventions mais l'expérience des infirmières, les attitudes et les difficultés. Donne des pistes intéressantes sur les recommandations pour la pratique soignante, les difficultés des infirmières, etc. Répond aux critères méthodologiques. Grande taille de l'échantillon.	

Référence	Monninkhof, E., Mulder, H., Pieterse, M., Van der Valk, P., Van der Palen, J., Van Herwaarden, C. & Zielhuis, G. (2004). The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease : a pre–post-test study. <i>Patient Education and Counseling</i> ; 52 : 231–236.
Devis	Etude comparative. Buts : Évaluer l'efficacité d'un contact individuel et minimal, dans un programme de sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO.
Population/Échantillon	N = 269 patients, âgés entre 40 et 75 ans
Interventions/Mesures des résultats	<u>Interventions</u> : Counselling, formation infirmière (BPCO, sevrage tabagique, compétences en counselling, fourniture de manuel), éducation du patient (déterminants du changement de comportements, attitude, soutien, auto-efficacité, anticipation des problèmes, manuel d'entraide) et suivi. L'intervention a eu lieu au domicile du patient pour augmenter la participation des membres de la famille dans le processus du sevrage tabagique. Les conseils à domicile donnent un meilleur aperçu des difficultés sociales pour cesser de fumer, leur permettant d'anticiper mieux les problèmes. <u>Mesure</u> : 2 questions ont été posées : « Fumez-vous des cigarettes ? Oui/Non » et si oui, « Quelle est la consommation moyenne de cigarettes par jour ? ». Un échantillon salivaire a été recueilli pour l'évaluation de la cotinine.
Résultats	-Parmi les patients qui ont admis fumer, 64 (64/90 ; 71 %) étaient disposés à participer au programme de sevrage tabagique. -Environ la moitié des patients (n=29) ont utilisé la thérapie de remplacement à la nicotine (n=23) et/ou Bupropion (n=9). -63 des 64 patients ont été suivis pendant 9 mois. À ce moment-là, 23 patients (36,5 %) ont annoncé l'abstinence. Cependant, les niveaux de cotinine supérieure à 20 ng/ml ont été détectés dans 12 de ces patients ayant annoncé l'abstinence et chez 3 autres patients, aucune salive n'a pu être obtenue. -Ainsi, le taux d'abstinence réelle se situe entre 12,7 % (8/63) et 13,3 % (8/60) selon l'interprétation des valeurs manquantes. Une tentative de distinction entre les réussites (n=8) et les patients qui ont échoués (n=55) sur la base des caractéristiques de départ décrites dans le tableau 2 n'a montré aucun facteur prédictif.
Perspectives/Conclusion	<u>Efficacité du programme de sevrage tabagique</u> : L'intensité de l'aide au sevrage a une forte relation avec l'efficacité (Fiore et al., 2000). Une autre raison peut être le moment de l'intervention. L'hospitalisation peut être un moment opportun pour intervenir auprès des fumeurs, car les patients peuvent être plus motivés à cesser par leur perception du risque liée à l'hospitalisation suite à leur BPCO. Les patients ayant une BPCO asymptomatique peuvent être plus sensibles aux interventions de sevrage que ceux avec une BPCO symptomatique comme dans la présente étude, car ils constituent probablement une sélection « négative » de patients. Les patients atteints de BPCO qui fument encore, forment un groupe fortement sélectionné, parce qu'ils ont probablement résisté à de nombreux conseils d'arrêter de fumer venant de leur médecin en raison de leurs symptômes liés à leur BPCO. L'urgence pour cesser de fumer est beaucoup plus importante pour les patients souffrants de BPCO que pour les fumeurs sains. Pour chaque patient atteint de BPCO, une intervention en cessation tabagique est particulièrement efficace. Les interventions minimales devraient être complétées ou intensifiées afin d'augmenter le taux de réussite. <u>Validation biochimique</u> : L'autoévaluation de l'abstinence est considérée comme moins fiable que chez les fumeurs « sains ». Car les fumeurs symptomatiques sentent plus de pression à arrêter de fumer et qu'en même temps, ils sont incapables d'atteindre ce but. Les patients atteints de BPCO se rendent compte que le sevrage tabagique est l'option la plus incontestable à améliorer leur état de santé. <u>Implication pour la pratique</u> : L'évaluation biochimique des taux d'abstinence est essentielle, surtout lorsque les patients atteints de BPCO sont impliqués,
Points forts et points faibles : Répond bien à la question de recherche. Offre des stratégies d'interventions dans le programme réalisé pour l'étude et son efficacité est d'ailleurs évaluée dans cette étude. Répond aux critères méthodologiques. Tableau synthétique et pertinent. Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche.	

Référence	Jakobsson, P., Mölsted, S., Stratelis, G. & Zetterström, O. (2006). The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> ; 24(3) : 133-139.
Devis	<p>Étude de cohorte prospective.</p> <p>Buts : Étudier si une combinaison de la spirométrie et du conseil bref sur le sevrage tabagique donné par une infirmière augmente le taux de renoncement au tabac chez les fumeurs atteints de BPCO par rapport aux fumeurs « sains ».</p>
Population/Échantillon	<p>N = 445 patients atteints de BPCO → 119 fumeurs ayant une BPCO et 326 fumeurs ayant une fonction pulmonaire normale ont été invités à participer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Groupe A, n = 165 fumeurs atteints de BPCO asymptomatique avec la même année de naissance. 2. Groupe B, n = 161 fumeurs atteints de BPCO asymptomatique avec différentes années de naissance. 3. Groupe C, n = 119 fumeurs atteints de BPCO symptomatique.
Interventions/Mesures des résultats	<p>Interventions : Bref conseil, lettre médicale, brochures d'information, spirométrie et suivi.</p> <p>Quelques semaines après la spirométrie tous les participants ont reçu une lettre avec le résultat de la spirométrie, des informations sur tout changement et aussi un bref document d'information standardisé concernant les avantages du sevrage tabagique indépendamment du fait qu'ils étaient toujours fumeurs ou non.</p> <p>Questionnaire : Le statut tabagique a été évalué par un questionnaire.</p> <p>Évaluation de la fonction pulmonaire : Les participants ont effectué au moins 3 tests de spirométrie.</p>
Résultats	<p>-Dans le groupe A, 93% ont participé au seul suivi à 3 ans. Dans le groupe B, 90% ont participé à au moins un an de suivi et 84% ont participé à tous les 3 suivis. Dans le groupe C, 85% ont été examinés plus d'une fois et 59% ont participé à tous les 3 suivis.</p> <p>-Les fumeurs qui étaient abstinents ≥ 30 jours ont été plus élevés dans le groupe C par rapport au groupe B. À 3 ans, la prévalence d'abstinence était plus élevée chez les patients atteints de BPCO par rapport à ceux dans le groupe B avec une fonction pulmonaire normale.</p> <p>-À 3 ans, le taux de prévalence prolongé d'abstinence à 6 et 12 mois était significativement plus élevé dans le groupe C que dans le groupe B. Aucune différence significative dans la prévalence d'abstinence à 6 ou 12 mois, comparé dans les groupes A et B à la 3^{ème} année. Le nombre moyen de mois sans tabac pour les participants qui avaient arrêté de fumer à la dernière visite annuelle a été plus élevé dans le groupe C.</p> <p>-Les sujets du groupe C qui ont arrêté de fumer ont plus utilisé le traitement de substitution de nicotine. Pendant la durée de l'étude, 29 % (n=34) des patients du groupe C ont utilisé les substituts nicotiniques.</p>
Perspectives/Conclusion	<p>Il y a plusieurs études indiquant un grand sous-diagnostic de la BPCO. Dans cette étude, une approche de multiple intervention, comprenant la spirométrie annuelle, le bref conseil sur le sevrage tabagique donnée par une infirmière et une lettre du médecin, a montré des taux de sevrage tabagique importants pour les fumeurs atteints de BPCO légère.</p> <p>Une infirmière offrant des conseils de sevrage tabagique et des contrôles réguliers de la spirométrie des fumeurs atteints de BPCO peut augmenter les chances de cesser de fumer avec succès dans la pratique quotidienne.</p> <p>Points forts et limites :</p> <p>Les participants ont été recrutés à partir d'une étude précédente et peuvent donc être plus motivés à arrêter de fumer. Les fumeurs ont été suivis dans les mêmes centres par les infirmières qui avaient effectué la spirométrie au départ. On peut se demander si les taux élevés de renoncement au tabac chez les fumeurs atteints de BPCO ont été influencés par cette attribution de tous les sujets atteints de BPCO à une infirmière.</p>
Points forts et points faibles : Très bonne étude, répond bien à la question de recherche. Répond aux critères méthodologiques. Grand échantillon. Donne des stratégies d'interventions non pharmacologiques pour le sevrage tabagique chez les fumeurs atteints de BPCO réalisées par des infirmières. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique. Les points forts et les limites de l'étude sont bien présents. Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche.	

Référence	Axelsson, G., Björkelund, C., Brisman, J., Curiac, D., Fässberg Norrhall, M., Larsson, R., Månsson, J., Nilsfelt, A., Söderström, A-L., Thorn, J. & Varas, E. (2009). A feasible lifestyle program for early intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) : a pilot study in primary care. <i>Primary Care Respiratory Journal</i> ; 18(4) : 306-312.
Devis	Etude de cohorte prospective. Buts : Évaluer la faisabilité d'un programme de style de vie pour une intervention précoce chez les patients atteints de BPCO dans un centre de soins primaires.
Population/Échantillon	N = 74 fumeurs, âgés entre 40 et 70 ans. Groupe atteint de BPCO, n = 30 2. Groupe sains, n = 42
Interventions/Mesures des résultats	Interventions : Counselling, spirométrie. Le programme d'intervention a inclus un programme particulièrement conçu pour le sevrage tabagique et des programmes pour l'activité physique et l'alimentation. Questionnaire : Les symptômes des voies respiratoires et la qualité de vie reliée à la santé ont été évalués par deux questionnaires : 1. Le questionnaire respiratoire du St-George. 2. Le questionnaire clinique BPCO. Les symptômes dépressifs ont été enregistrés par le questionnaire suivant : Pemier-MD. Le statut nutritionnel a été évalué avec une grille de nutrition et la mesure de l'IMC.
Résultats	-Parmi les patients atteints de BPCO, 20 % ont rapporté des plaintes de nature dépressive et 10 % ont signalé des problèmes au niveau urinaire. -Tous les patients atteints de BOCO étaient au stade GOLD I et II. Une minorité d'entre eux ont signalé des symptômes respiratoires comme la cause principale de la recherche d'aide (21 %). Il y avait plus d'hommes souffrant de BPCO que de femmes (61 % contre 31 %). -Parmi les patients atteints de BPCO, 22 ont assisté à un programme de nutrition et de condition physique. 3 sujets (18%) avaient un IMC > 30. 11 sujets (68 %) avaient un apport en calcium en dessous des recommandations nutritionnelles et 14 (87 %) avaient un manque en vitamine D. Par ailleurs, chez 15 sujets (93 %), la consommation de fruits et légumes était inférieure aux recommandations. 47 % des patients atteints de BPCO ont arrêté de fumer contre 3 sujets sains (19 %). Dans le groupe BPCO, ils avaient amélioré leur score dans le questionnaire clinique BPCO, indiquant une qualité de vie relative à la santé plus élevée, par rapport à ceux qui ont continué de fumer. -L'infirmière a passé environ 230 minutes/patient. Le médecin généraliste a passé 60 minutes/patient comprenant deux visites de 30 minutes chacune. Le diététicien et le physiothérapeute ont passé chacun 1 heure/patient puis, ont donné ensemble deux séances de groupe de 30 minutes avec les patients.
Perspectives/Conclusion	Le diagnostic lui-même est un facteur de motivation. Il est donc important d'effectuer une spirométrie chez les fumeurs. La malnutrition est fréquente chez les patients atteints de BPCO et augmente avec le degré de la maladie. La malnutrition peut commencer à se développer dans le stade précoce de la maladie. Parmi les sujets atteints de BPCO, 38 % présentaient une insuffisance pondérale et 56 % avaient un faible taux de graisse (de masse grasseuse), ainsi indiquant une malnutrition et le besoin d'un traitement nutritionnel. Dans la BPCO, le faible taux de graisse et la malnutrition ont été liés à une qualité de vie et à une force musculaire réduite, ainsi qu'au risque de développer de l'ostéoporose et une mortalité accrue. L'apport alimentaire de calcium et de vitamine D était jugé inférieur aux niveaux recommandés, ce qui est un facteur de risque – en particulier en combinaison avec un faible poids corporel et un faible taux de masse grasseuse – pour le développement de l'ostéoporose dans la BPCO. Les sujets avaient une consommation de fruits et légumes en dessous de la recommandation (500gr/j). Des études antérieures ont également montré une association positive entre une consommation élevée de fruits et légumes et de la fonction pulmonaire. Le programme de style de vie semble être réalisable et efficace avec un taux de renoncement au tabac très élevé. La qualité de vie liée à la santé était plus élevée chez ceux qui avaient réussi à arrêter de fumer après un an. Les données concernant la nutrition suggèrent que l'insuffisance pondérale et la malnutrition peuvent se développer au début de la BPCO. C'est une étude pilote, les résultats sont donc basés sur un petit nombre de sujets.
Points forts et points faibles : L'étude est bien construite, possède tous les éléments importants. Propose une méthode d'intervention en utilisant un programme de mode de vie réalisable pour les patients atteints de BPCO, afin de réaliser un sevrage tabagique. Elle respecte les critères méthodologiques : objectifs, devis, setting, population, méthode, résultats, discussion, conclusion. Elle a également un échantillon intéressant : 84 personnes, dont les caractéristiques sont bien développées. Elle met en lumière des éléments très intéressants sur les besoins des patients atteints de BPCO en sevrage tabagique. Les interventions ont été menées, dans la totalité, par des infirmières.	

Référence	Ehrenberg, A., Hillervik, C. & Österlund Efraimsson, E. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. <i>Nordic College of Caring Science</i> ; 22, 178-185.
Devis	Essai clinique randomisé et contrôlé (RCT). Buts : Examiner les effets d'une intervention éducative et structurée dirigée par une infirmière sur la qualité de vie, les connaissances sur la BPCO et le sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO.
Population/Échantillon	N = 52 fumeurs atteints de BPCO avec un âge moyen de 66 ans. 1 ^{er} groupe témoin, comprenait 13 femmes et 13 hommes. 2 ^{ème} groupe d'intervention, comprenait 13 femmes et 13 hommes. Durée de l'intervention : 10 mois.
Interventions/Mesures des résultats	Interventions : Counselling, visite infirmière et médicale, formation infirmière, éducation des patients (capacité d'auto-soins, moyens de soutien, faire face à la maladie, style de vie), spirométrie et suivi. Questionnaires : Le premier : St. George's Respiratory Questionnaire (qualité de vie a été affectée par les symptômes respiratoires des patients). Le deuxième contenait des questions sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, état matrimonial, éducation, connaissances sur les habitudes de la BPCO et le tabagisme).
Résultats	-Qualité de vie : Les patients du groupe intervention ont perçus une réduction des symptômes de toux, expectoration, dyspnée et respiration sifflante. Les patients du groupe intervention ont rapporté une augmentation des activités (gestion de l'hygiène, exercices physiques) qui ont réduit leur dyspnée. La qualité de vie a été améliorée dans le groupe intervention tandis qu'aucun changement n'a été noté dans le groupe témoin. -Fumeurs : Dans le groupe intervention 37,5 % des patients qui étaient fumeurs avaient cessé de fumer pendant la phase d'intervention. Dans le groupe témoin, aucun des 14 fumeurs n'a arrêté de fumer. La différence entre les groupes était significative. -Les connaissances sur la BPCO : Les patients du groupe intervention ont rapporté une amélioration des connaissances sur la BPCO. Après l'intervention, il y avait une différence significative entre les groupes quant à la connaissance de la BPCO contrairement au début.
Perspectives/Conclusion	Les soins conventionnels à eux seuls, n'ont pas d'effets sur la qualité de vie des patients et les habitudes tabagiques. La preuve suggère qu'un programme structuré avec des autos-soins est nécessaire pour motiver les patients pour leur changement de style de vie. Un facteur qui contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients peut-être la relation de confiance qui s'établit entre l'infirmière et les patients Les soins de santé primaires ont un rôle important dans les soins, étant donné qu'à l'avenir, il y aura un nombre croissant de patients atteints de BPCO. Il est donc important de poursuivre les recherches pour approfondir les connaissances sur les méthodes les plus efficaces pour la détection précoce, le traitement et les soins à ces patients. Les infirmières spécialisées dans les soins de la BPCO et l'éducation du patient sont nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de ces patients, ainsi que pour planifier et mettre en œuvre des soins. Limitations : Les patients avec une BPCO modérée, ont pu avoir peu de symptômes de la maladie et par conséquent, un manque de motivation à participer. Les chercheurs sont conscients que plus la période de suivi après l'intervention est proche, meilleurs seront les résultats.
Points forts et points faibles : Étude structurée, respectant les critères méthodologiques. Échantillonnage intéressant (52 personnes), les caractéristiques sont bien développées avec des critères d'inclusion et d'exclusion. Les limites de l'étude sont clairement définies. Les auteurs donnent des pistes d'action et des recommandations pour les recherches futures. Bibliographie bien complète. Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche.	

Référence	Bremann, L., Mikkelsen, K. & Tønnesen, P. (2006). Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. <i>American College of Chest Physicians</i> ; 130(2), 334-42.
Devis	Essai clinique randomisé (en double aveugle). Buts : Évaluer l'efficacité d'une tablette de nicotine sublinguale ou un placebo, combiné avec une prise en charge comportementale soit basse soit haute chez les patients atteints de BPCO après 6 et 12 mois.
Population/Échantillon	N = 370 patients atteints de BPCO, âgés de >18 ans, atteints de BPCO, fumants en moyenne 19,6 cigarettes par jour. Age moyen 61 ans. <i>4 groupes de traitement</i> : 1. Groupe placebo avec bas soutien, n = 88 2. Groupe placebo avec haut soutien, n = 97 3. Groupe nicotine avec bas soutien, n = 95 4. Groupe nicotine avec haut soutien, n = 90
Interventions/Mesures des résultats	Interventions : Formation infirmière, éducation des patients, brochures, TCC, suivi et appels téléphonique.
Résultats	L'abandon du tabac : Toutes les mesures d'abstinence étaient plus élevées avec la tablette de nicotine par voie sublinguale qu'avec le placebo durant l'étude. Au bout de 6 mois, la prévalence d'abstinence et de l'abstinence soutenue avait plus que doublé avec le comprimé actif et l'effet du traitement actif était presque le double pour le point de prévalence de 12 mois d'abstinence. Le soutien comportemental a été constamment plus élevé dans le groupe avec le placebo. Prévalence de la réduction du tabagisme : Après 12 mois, 13 % des patients avaient réduit leur consommation de tabac qui est passée de 18/jour au départ, à 4/jour aux 6 ^{ème} et 12 ^{ème} mois. Effets indésirables : Les événements indésirables les plus fréquents, qui représentaient 50 % de tous les événements, étaient des démangeaisons dans la bouche (9,4%), la grippe ou un froid (4,6%), la toux (4,5%), l'exacerbation de la BPCO (4,2%), un goût désagréable (3,7 %), une pneumonie (3,7%), une diarrhée (3,7%), une sécheresse buccale (3,0%), une dyspepsie (2,7%), des nausées (2,7%), des étourdissements (2,5%), une dyspnée (2,5%) et des céphalées (2,4 %). 22 patients se sont retirés en raison d'effets secondaires. Résultats prédicteurs : La réduction du tabagisme a été associée à une basse masse corporelle et à un haut score dans le questionnaire respiratoire de St-George. Changements dans le questionnaire respiratoire de St-George, FEV1 et du poids corporel : Parmi ces 113 patients, 36 ont réussi à s'abstenir, 46 ont réduit leur consommation et 31 sont considérés comme des échecs (tabagisme continue sans réduction). Fonction pulmonaire : Durant la 1 ^{ère} année de suivi, le FEV1 s'est sensiblement détérioré dans le groupe de l'échec, alors qu'il était stable dans le groupe réducteur. En revanche, une augmentation significative du FEV1 a été trouvée chez les abstinents. Changement de poids : À 1 an, les changements de poids moyen ont été beaucoup plus grand chez les abstinents et les réducteurs que chez les échecs. À 1 an, les abstinents et les réducteurs ont connu des prises de poids de 3kg.
Perspectives/Conclusion	Les résultats démontrent que l'utilisation de comprimés de nicotine sublinguale en combinaison avec un programme de cessation conçu par les infirmières aboutit à une hausse des taux de sevrage tabagique comparé au placebo. Le taux d'arrêt était comparable avec celle de la TRN chez les fumeurs sains. La TRN devrait être offerte aux patients atteints de BPCO, comme si cela faisait partie du programme de cessation. À cette époque, les données sont insuffisantes pour tirer des conclusions sur l'efficacité relative des différentes formes de TRN chez les patients atteints de BPCO. La préférence du patient, le coût et d'autres variables devraient déterminer la forme la plus appropriée de la thérapie de remplacement pour un patient atteint de BPCO.
Points forts et points faibles : Étude structurée, respectant les critères méthodologiques : objectif, devis, setting, population, méthode, résultats, discussion, conclusion. Elle contient un résumé, un tableau récapitulatif pertinent, etc. Elle a également un échantillon intéressant : 370 personnes. Mais les caractéristiques de cet échantillon sont peu développées. Répond bien à la question de recherche. Donne des stratégies d'intervention dans le programme réalisé pour l'étude et son efficacité est d'ailleurs évaluée dans cette étude.	

Référence	Elborn, J., Fitzsimons, D. & Wilson J. (2010). 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke ? <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20, 819-827.
Devis	Etude descriptive. Buts : Explorer l'expérience des fumeurs de cigarettes ayant une broncho-pneumopathie chronique obstructive, qui ont reçu le soutien de renoncement au tabac et leurs processus de décisions personnels en ce qui concerne leur comportement de fumeurs.
Population/Échantillon	N = 6 patients atteints de BPCO avec un âge moyen de 56 ans
Interventions/Mesures des résultats	Méthode : Des entretiens semi-structurés ont été menés au domicile des patients pour s'assurer de leur intimité et de leur confort. Chaque entretien a été enregistré sur bande et transcrites textuellement par le chercheur.
Résultats	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Trop tard pour s'arrêter maintenant</u> : Bon nombre ont déclaré qu'ils croyaient que leur maladie était trop avancée. Acceptation générale qu'ils allaient mourir prématurément par rapport à un non-fumeur. 2. <u>Trouver la motivation</u> : Besoins de soutien pour arrêter de fumer avec succès. Ils ont reconnu la nécessité d'une volonté d'arrêter de fumer, mais ils ont été incapables d'expliquer comment ils pourraient obtenir ou maintenir cette volonté. 3. <u>La culpabilité au sujet de continuer de fumer</u> : Honte et gêne au sujet de leur tabagisme ; beaucoup ont décrit ajuster leur comportement pour éviter de déranger leur famille ou leur possible confrontation. Les participants ont été incapables d'indiquer les ressources dont ils ont besoin auprès des professionnels de la santé ou des services de soins pour les aider à arrêter de fumer à l'avenir. 4. <u>Négociation/contemplation</u> : Ils ont décrit leurs cigarettes comme étant leur meilleur ami. Les participants ont décrit un envisagement de changer lors d'une aggravation de leur maladie, mais quand ils ont commencé à se rétablir et à récupérer, l'incitation à arrêter de fumer diminuait. 5. <u>Nécessité d'arrêt</u> : S'inquiètent pour leur état de santé future, s'attendent à une nouvelle détérioration de leur santé s'ils continuent à fumer. Ont exprimé leur colère et regret de leur incapacité à arrêter de fumer avec succès lors d'une tentative précédente. Semblent considérer leur rechute comme étant un échec et une faiblesse personnelle, plutôt que d'utiliser cette expérience en tant que préparation pour une future tentative. 6. <u>Diminution de la qualité de vie</u> : Mauvaise qualité de vie principalement attribuée à leur maladie respiratoire. Décrit être physiquement limité et trouvé leur dyspnée difficile à contrôler. Exécuter des tâches, autrefois courantes ont été considérées comme difficiles. Solitude et ennui, puisque souvent bloqués à la maison. Conséquence : isolement social, faible estime de soi et sentiment d'inutilité. Routine tout au long de la journée.
Perspectives/Conclusion	<p>Les patients atteints de BPCO sont fortement affectés physiquement et mentalement par leur état, ce qui rend les incitations à arrêter de fumer difficile à identifier. Ils doivent comprendre la nécessité d'un changement de comportement et ils doivent prendre des responsabilités pour leur santé avant que le changement ait lieu. Les professionnels de la santé doivent apprécier le comportement du patient dans le cadre de leur précédente expérience. Cette population a peu de soutien ou d'intervention, car les soignants considèrent souvent leurs symptômes et leur incapacité comme volontaires. Cela soulève une situation particulièrement difficile pour les professionnels de la santé qui doivent concilier l'exigence d'offrir des conseils pour arrêter de fumer à chaque occasion, contre la nécessité de développer des relations de soutien et thérapeutique avec leurs patients.</p> <p>Pertinence pour la pratique : Cette population a du mal à arrêter de fumer dans le cadre de leur état de santé actuel. Comme la maladie chronique affecte tous les aspects de la vie des patients, les professionnels de la santé doivent répondre à tous les besoins de santé de cette population, y compris en les aidant à apporter des changements à leur comportement tabagique.</p>
Points forts et points faibles : Bonne étude structurée, respectant les critères méthodologiques. Vécu des patients bien détaillé dans les résultats. C'est une étude qui contient beaucoup d'aspects, avec des éléments de réponses pour mon travail de Bachelor. Bibliographie très intéressante. Méthode peu détaillée. Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche.	

Référence	Campell, I.A., Carrozzi, L., Dagli, E., Fagerström, K. O., Gratziou, C., Jimenez-Ruiz, C., Lazzaro, C., Nardinie, S., Tønnesen, P., Viegi, G. & West, R. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. <i>European Respiratory Journal</i> ; 29 : 390–417.
Devis	Revue systématique de littérature. Buts : Répertorier les interventions pour le sevrage tabagique chez les patients souffrants de maladies respiratoires.
Résultats	<p><u>Interventions psychologiques et comportementales</u> :</p> <p><u>Conseil bref</u> : Fournir par habitude à des fumeurs de l'information pour les aider à arrêter de fumer et augmenter leur motivation à faire des tentatives d'arrêt. Les études ont montré une augmentation petite, mais significative des chances d'arrêt. Taux de renoncement de 2,5 % chez les fumeurs qui ont reçu un conseil par un professionnel par rapport à ceux qui n'ont pas reçu. Ainsi, après un bref conseil donné à 50 patients, il y aura un renoncement supplémentaire après 6-12 mois. Augmenter le nombre de séances de conseil bref n'augmente pas significativement l'efficacité. Les conseils pour cesser donnés par les infirmières améliorent la cessation de 1 % par rapport aux groupes témoins.</p> <p><u>Counselling</u> : Trois types de counselling (individuel, collectif et téléphonique), qui varient en fonction de la manière de donner des conseils et le temps nécessaire.</p> <p><u>Counselling individuel</u> : Rencontre face-à-face entre le patient et un conseiller formé en sevrage tabagique. Intervention efficace. 25 patients ont besoin de recevoir le conseil individuel, afin qu'un individu renonce au tabac. La durée des séances est importante. Les interventions intensives sont plus efficaces que les interventions moins intensives. Les traitements qui durent plus de huit sessions sont significativement plus efficaces que les interventions qui durent trois séances.</p> <p><u>Counselling de groupe</u> : Offre aux individus la possibilité d'apprendre des techniques comportementales pour cesser de fumer et à se fournir un soutien mutuel. Intervention efficace.</p> <p><u>Counselling par téléphone</u> : Peut avoir la possibilité de compléter un entretien, comme un complément d'intervention d'aide individuelle. Programmé afin de maximiser le niveau de soutien autour d'une date d'arrêt prévue et programmée pour répondre aux besoins de la personne. Proactif (le conseiller initie les appels pour fournir au fumeur un soutien pour faire une tentative d'arrêt) ou réactif (fourni via des lignes téléphoniques ou hotlines qui prennent les appels des fumeurs). Les résultats suggèrent que le counselling téléphonique proactif est efficace comparé aux autres interventions minimales.</p> <p><u>Thérapie comportementale</u> : Un traitement complet devrait également aborder la partie comportementale/psychologique de la dépendance au tabac. Une certaine forme de thérapie comportementale, parfois aussi appelé le conseil, est important pour une approche thérapeutique optimale.</p> <p><u>Autres interventions</u> :</p> <p><u>Acupuncture et thérapie au laser</u> : L'acupuncture et la thérapie au laser ne peuvent pas être recommandées comme aide au sevrage tabagique, car elles n'ont pas prouvé leur efficacité.</p> <p><u>Hypno-thérapie</u> : N'a pas été trouvée plus efficace que d'autres interventions comportementales. Difficile à évaluer en l'absence d'une procédure pour contrôler les effets non spécifiques et il n'existe aucune preuve pour appuyer que l'hypnose a un effet comme une aide au sevrage tabagique.</p>
Points forts et points faibles : Cette revue est bien construite et fournit tous les éléments importants. Cependant, elle n'a ni discussion, ni conclusion. Elle cite clairement les interventions pour le sevrage tabagique. Elle donne de bonnes pistes de réflexion sur les besoins des patients atteints de maladies pulmonaires.	

Référence	Gervais, A. & Tremblais, M. (2001). Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec. <i>Institut national de santé publique du Québec</i> .
Devis	Revue systématique de littérature. <u>Buts</u> : Rapporter des résultats d'essais randomisés d'interventions portant sur la cessation tabagique et fournir des résultats après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt.
Méthode	Les auteurs de cette revue se sont inspirés de deux documents. Le premier s'intitule <i>Treating Tobacco Use and Dependence</i> et a été publiée en 2000 aux Etats-Unis. Le second document est un article publié en 1997 qui présente une analyse économique de type coûts-efficacité des recommandations contenues dans les lignes directrices américaines publiées en 1996. Enfin, les chercheurs ont complété leur analyse à l'aide des revues Cochrane publiées depuis 1999, d'un article publié en 2001 sur les services préventifs à offrir à la communauté et d'autres articles pertinents. À partir d'une banque de 6 000 articles, près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs ont été sélectionnés pour analyses.
Résultats	<u>Le bref conseil (intervention minimale) :</u> <i>Description</i> : Cette intervention implique de demander au patient son statut tabagique actuel, les conseiller d'arrêter, en offrant une aide ou en fournissant des conseils supplémentaires, un renvoi à un service spécialisé, la recommandation de la pharmacothérapie et l'organisation d'un suivi. Durée : trois à cinq minutes, et certainement moins de dix minutes <u>Ligne téléphonique d'information et de référence :</u> <i>Description</i> : Ligne téléphonique mise à la disposition des fumeurs qui ont l'intention de cesser de fumer ou qui ont cessé récemment. Le service permet de cerner le besoin exprimé par l'appelant, de faire du counselling individuel de façon succincte et de référer le client vers les ressources appropriées. Une ligne téléphonique peut aussi offrir des messages enregistrés. <i>Efficacité</i> : Il existe peu d'études ayant évalué l'impact de ce type de ligne. <u>Counselling téléphonique proactif :</u> <i>Description</i> : Intervention où l'intervenant appelle les fumeurs afin de : prévenir les rechutes suite à une intervention clinique d'abandon du tabac ; renforcer le counselling avec ou sans thérapie de remplacement de la nicotine ; fournir une aide ou une assistance rapide afin de soutenir temporairement le fumeur qui cesse de fumer suite à un programme initié à l'hôpital. <i>Efficacité</i> : mesure efficace. Taux d'abstinence après un minimum de cinq mois de 13,1 %, soit 2,3 % de plus que les taux du groupe témoin. <u>Counselling individuel minimal ou de faible intensité :</u> Cinq recommandations sont faites aux professionnels de la santé : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier le statut tabagique et déterminer l'intention à faire une tentative d'abandon • Conseiller aux fumeurs de cesser de fumer • Offrir une intervention pour motiver les fumeurs qui ne sont pas intéressés à cesser de fumer • Aider les fumeurs intéressés à cesser de fumer • Offrir un suivi aux fumeurs qui cessent de fumer <i>Efficacité</i> : efficacité pour le counselling minimal (trois minutes au moins) de 2,5 % alors qu'elle serait de 5,1 % avec le counselling de faible intensité (de trois à dix minutes).

	<p><u>Counselling individuel d'intensité élevée</u> :</p> <p><i>Description</i> : Intervention de plus de dix minutes qui s'adresse à tout fumeur intéressé à cesser de fumer, fumeur en réflexion, en préparation ou en action.</p> <p><i>Efficacité</i> : variation des taux d'efficacité du counselling en cessation tabagique en fonction de certains paramètres (durée de l'intervention, temps total de contact entre fumeur et clinicien et nombre de rencontres). Efficacité serait de 11,2 % après au moins cinq mois.</p> <p>Il est important de retenir que : les interventions de counselling d'intensité élevée augmentent les taux de cessation de façon plus importante que les interventions minimales ; tout comme pour la durée de l'intervention, il existe une forte relation dose/réponse entre le temps total de contact entre le fumeur et le clinicien et les taux de succès ; il n'existe pas de preuves que plus de 90 minutes d'intervention augmentent de façon importante les taux d'abandon ; plus de quatre interventions cliniques individuelles augmentent de façon marquée les taux de cessation.</p> <p><u>Counselling de groupe</u> :</p> <p><i>Descriptif</i> : Approche généralement intensive, principalement recommandée aux fumeurs qui ont rechuté à de multiples reprises ou qui possèdent des caractéristiques associées à de faibles taux de cessation. Prouvé efficace.</p>
Perspectives/Conclusion	<p>Le counselling individuel par un professionnel de la santé est une intervention qui a fait ses preuves. Pour tous ces professionnels de la santé, l'importance de ce rôle devrait être confirmée par des ajustements d'honoraires professionnels. Les interventions individuelles d'intensité élevée pourraient également être offertes par les médecins. Toutefois, il n'existe aucun code pour la rémunération à l'acte pour ce type d'intervention. Les médecins qui facturent selon le mode de tarification horaire ou qui sont à honoraires fixes sont davantage en mesure d'offrir un counselling plus intensif. L'instauration des groupes de médecine de famille et la présence d'infirmières au sein de ces groupes pourraient faciliter l'offre de counselling en cessation tabagique d'intensité élevée.</p> <p>Les interventions de groupe obtiennent des taux de cessation intéressants. Toutefois, peu de fumeurs s'inscrivent à des programmes de groupe, et le coût par ex-fumeur est assez élevé.</p>
<p>Points forts et points faibles : Cette revue donne des stratégies d'intervention pour le sevrage tabagique et son efficacité est d'ailleurs évaluée dans cette revue. Critères méthodologiques pas toujours respectés. Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche.</p>	

Annexe V : Déclaration d'authenticité

« Je déclare que moi, Hatice Göltas, sous la direction de Madame Catherine Bassal, ai réalisé personnellement ce travail de Bachelor conformément aux directives. Les références utilisées dans ce travail sont nommées et clairement identifiées ».

Hatice Göltas